

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E NATURAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA INSTITUCIONAL

ALICE ANDRADE SILVA

**Uma análise dos desdobramentos da cogestão do cuidado nos processos de
trabalho em um hospital público no Rio Grande do Norte**

VITÓRIA
2016

ALICE ANDRADE SILVA

Uma análise dos desdobramentos da cogestão do cuidado nos processos de trabalho em um hospital público no Rio Grande do Norte.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional do Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do título de Mestrado em Psicologia Institucional.

Orientador: Prof^o. Dr. Rafael da Silveira Gomes.

Coorientador: Prof^o Dr. Fernando Hiromi Yonezawa.

VITÓRIA

2016

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca Central da Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

S586a Silva, Alice Andrade, 1991-
Uma análise dos desdobramentos da cogestão do cuidado
nos processos de trabalho em um hospital público no Rio Grande
do Norte / Alice Andrade Silva. – 2016.
126 f.

Orientador: Rafael da Silveira Gomes.
Coorientador: Fernando Hiromi Yonezawa.
Dissertação (Mestrado em Psicologia Institucional) –
Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências
Humanas e Naturais.

1. Gestão democrática. 2. Política de saúde. 3. Gestão em
saúde. I. Gomes, Rafael da Silveira. II. Yonezawa, Fernando
Hiromi. III. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de
Ciências Humanas e Naturais. IV. Título.

CDU: 159.9



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E NATURAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA INSTITUCIONAL

ATA DA SESSÃO DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM PSICOLOGIA INSTITUCIONAL

Aos doze dias do mês de maio de dois mil e dezesseis, às dez horas, teve início a Defesa da Dissertação de Mestrado intitulada: **“Uma análise dos desdobramentos da cogestão nos processos de trabalho em um hospital público no Rio Grande do Norte”**, a aluna **Alice Andrade Silva**, regularmente matriculado sob nº **2014130702**, orientanda do Professor Doutor Rafael da Silveira Gomes (Universidade Federal do Espírito Santo). Compunham a Banca Examinadora os Professores Doutores Fernando Hiromi Yonezawa (Universidade Federal do Espírito Santo), Fabio Hebert da Silva (Universidade Federal do Espírito Santo), Liane Beatriz Righi (Universidade Federal de Santa Maria) por videoconferência e Maria Elizabeth Barros de Barros (Universidade Federal do Espírito Santo). Realizada a arguição, a defesa foi dada por encerrada às quatorze horas. Os membros da Banca reunidos decidiram pela aprovação da Dissertação da aluna Alice Andrade Silva, concedendo-lhe o título de Mestre em Psicologia Institucional de acordo com as considerações abaixo assinalas. Nada mais havendo a acrescentar, subscrevo esta ata que vai assinada por mim e pelos demais membros componentes da Banca Examinadora.

() APROVADO.

() REPROVADO

(X) NECESSÁRIO A COMPROVAÇÃO DA SUBMISSÃO DO ARTIGO DA DISSERTAÇÃO PARA SER TITULADO.

Vitória, 12 de maio de 2016.

Prof. Dr. Rafael da Silveira Gomes (Universidade Federal do Espírito Santo)

Prof. Dr. Fernando Hiromi Yonezawa (Universidade Federal do Espírito Santo)

Prof. Dr. Fabio Hebert da Silva (Universidade Federal do Espírito Santo)

Profa. Dra. Liane Beatriz Righi (Universidade Federal de Santa Maria)

Profa. Dra. Maria Elizabeth Barros de Barros (Universidade Federal do Espírito Santo)

AGRADECIMENTOS

Gratidão a todos quanto tornaram essa dissertação uma composição feita a muitas mãos;

Aos trabalhadores do Hospital Giselda Trigueiro pelo carinho, por possibilitarem a pesquisa no hospital, pelas incansáveis conversas, por incluírem os pesquisadores e estudantes nos colegiados, nos contagiando com a alegria de estar junto e pela intensidade da aposta na cogestão; especialmente ao João Bosco, Maria, Rosana e Roberta pela parceria, e à Carla, Valéria e Sheila também por se colocaram como interlocutoras de leitura dessa dissertação;

À Maiara, Bruno, Silvana e Caju por me acolherem com carinho em Vila de Ponta Negra, tecendo laços de amizade e por terem me apresentado às lindas praias de Pipa; ao Romeu, Ivaneide e filhos por me receberem fraternalmente em Nazaré e, especialmente agradeço à Sara por me apresentar ao maior cajueiro do mundo;

Ao orientador Rafael Gomes pela confiança no texto, pelos livros emprestados, pelas orientações e principalmente por acreditar na força do encontro *pesquisador-com-a-roda* me apresentando ao HGT; ao coorientador Fernando Hiromi Yonezawa por essa alegre parceria, pelas cuidadosas leituras e apontamentos que trouxeram importantes delineamentos à dissertação. Agradeço pela paciência de vocês dois e por caminharam comigo me ajudando a experimentar uma autonomia coletiva;

À Prof^a Dr^a Liane Beatriz Righi, ao Prof^o Dr^o Fábio Hebert e à Prof^o Dr^o Maria Elizabeth Barros de Barros pela participação na qualificação e na banca de defesa, por acompanharem o processo de construção dessa dissertação, pela leitura, pelos comentários, questionamentos e tensionamentos que nos ajudaram a dar consistência para essa experiência;

Aos colegas do HUMANIZASUS e aos trabalhadores da Rede de Atenção Básica em Cariacica por compartilharem dessa aposta na cogestão; aos colegas do projeto REDES NO TERRITÓRIO pela aposta na construção de redes entre as políticas públicas de educação, saúde e assistência no território de Campo Verde, Cariacica/ES; e aos colegas do UFES PRESENTE pela aproximação com os interiores do estado, experimentando junto com trabalhadores e moradores de Mucurici/ES espaços de conversa para fortalecer as políticas de saúde, educação, meio ambiente e assistência social;

Ao Grupo Fractal, onde experimentei como a grupalidade torna o ato de pesquisar mais alegre e potente, de onde destaco o encontro com Jana Mariano que com generosidade e disponibilidade me acolheu em conversas e me emprestou livros. Agradeço à Luciana Calimam por ter me recebido com tanto carinho no grupo e aos colegas pelas instigantes conversas e análises em que o Guia de Gestão Autônoma de Medicação nos aproximou dessa aposta na cogestão no âmbito da Política de Saúde Mental. Com vocês consegui delinear questões do projeto de pesquisa e me fortalecer para a ida ao campo em Natal/RN;

Ao Grupo de Estágio em Saúde Coletiva que se fez espaço de aproximação entre a graduação e o mestrado, onde compartilhamos e aprendemos com nossos encontros com o SUS;

Aos queridos professores e colegas do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional e aos colegas do CALPSI que me instigaram a acreditar na dimensão política da vida; agradeço especialmente à Soninha e Silvia (Secretárias do PPGPSI) pela atenção e carinho em nos ajudar a lidar com as burocracias da vida acadêmica;

Ao meu companheiro, Pedro, por caminharmos juntos; pela nossa amizade, amor e paixão, por me ajudar nos “porquês” da vida e por fazê-la dançante ao som de tantos ritmos;

Aos meus pais, Edmar e Penha, por todo cuidado, amor e por me instigarem a velejar mais longe se fazendo porto seguro onde eu pudesse atracar e retomar o fôlego para seguir novos rumos; às minhas irmãs, Lívia e Eliza, pela sincera e eterna amizade, com quem dividi muitos sorrisos, lágrimas e divertimentos!

Aos meus tios, Tito e Edna, e aos meus primos, Gabriel, Lorena e Eduardo, pela alegria do nosso reencontro e também por aquela árvore que não nos deixou esquecer a graça das brincadeiras de infância;

A minha prima Fernanda que com carinho e disposição traduziu para o inglês o resumo dessa dissertação;

Aos amigos que ouviram tantas vezes “*Não posso ir, vou ficar em casa para escrever*”. Agradeço especialmente ao Antônio pelas conversas com que me ajudou a construir saídas para a dissertação e às amigas e aos amigos, Juliana, Drica, Helom, Janaína Pereira, Felipe Mendes, Dani, Ozilene e Joice pelos olhares de afeto, sorrisos e abraços;

Ao grupo das poderosas, Nice, Olga, Renata Sampaio, Ana Segatto e Luisa, amigas que trouxeram força e alegria em momentos difíceis, especialmente à Luisa por não nos deixar esquecer que somos mulheres-guerreiras em qualquer lugar do mundo;

À Fundação CAPES pelo apoio e financiamento que viabilizou essa pesquisa.

RESUMO

Esse trabalho apresenta algumas análises das práticas de gestão no campo da Saúde Pública. Discutimos as controvérsias, os jogos de poder e as resistências que compõem o Sistema Único de Saúde. Quais os efeitos da cogestão sobre os processos de trabalho? Como as pessoas têm se articulado para sustentar esse projeto da cogestão? Como os Colegiados e o Apoio Institucional compõem algumas estratégias de resistência? Nosso intento metodológico foi acessar certa processualidade da experiência de cogestão a partir de tais questões. Para isso, falamos sobre as histórias escritas no diário de campo e das conversas com os trabalhadores que entrevistamos em um hospital público no Rio Grande do Norte. Usamos os pressupostos da pesquisa-intervenção e apoio institucional como base para construir a caminhada institucional como metodologia de pesquisa. Michel Foucault, Hannah Arendt e Gastão Wagner Campos são bases teóricas a partir dos quais compomos algumas discussões importantes sobre as relações de poder na cogestão e a cogestão como um projeto afirmativo da dimensão pública das políticas de saúde. Nesse sentido, entendemos que os colegiados são espaços políticos de aprendizagem, de vivência e proposição de outros modos de gerir e cuidar. O apoio institucional, como se fosse uma engrenagem, alimenta e é alimentado pelos processos de mudança, analisando e intervindo constantemente nos processos de trabalho para fortalecer os coletivos no exercício da democracia institucional. Consideramos que nesse cotidiano cheio de desafios os trabalhadores, os gestores, os usuários, os estudantes e os pesquisadores se tornam aliados para sustentar essa aposta da cogestão como meio de construir um "SUS que dá certo".

Palavras-chave: Cogestão, democracia institucional, política de saúde.

ABSTRACT

This paper presents a few analyses of management practices in the Public Health field. We discuss the controversies, the games of power, and resistance that make up the Unique Health System. What are the effects of co-management in work processes? What have people articulated themselves to sustain this co-management project? How do the Collegiate and the Institutional Support make up resistance strategies? Our methodological intent was to access certain processes of co-management experience from these issues. Thus, we talk about stories written in the field book and conversations with the workers we interviewed at the public hospital in Rio Grande do Norte. We use the assumptions of intervention research and institutional support as a basis to build the institutional walk as a research methodology. Michel Foucault, Hannah Arendt, and Gastão Wagner Campos are our theoretical basis to make some important discussions about the power relations in the co-management and about the co-management as an affirmative project of the public dimension of health policies. In this sense, we understand that the collegiate are political spaces of learning, experience, and propositions of other ways to manage and to care for. The institutional support, as if it were a gear, feeds and is fed by processes of change, analyzing and constantly intervening in the work processes to strengthen the collective in the exercise of institutional democracy. We consider that through the days filled with challenges, workers, managers, users, students, and researchers become allies to support this commitment of co-management as a means of building a “SUS that works”.

Keywords: co-management, institutional democracy, health policy.

LISTA DE SIGLAS

AIS – Ações Integradas de Saúde

CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoa de Nível Superior

CNS – Conselho Nacional de Saúde

ColGA – Colegiado Gestor Ampliado

ColUP – Colegiados da Unidade de Produção

CRIE – Centro de Referência em Imunobiológicos Especiais

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis

FOFA – Forças e Oportunidades - Fraquezas e Ameaças

HGT – Hospital Giselda Trigueiro

HIV/AIDS – Human Immunodeficiency Virus/ Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

IT – Informações Toxicológicas

NAST – Núcleo de Atenção a Saúde do Trabalhador

NEP – Núcleo de Educação Permanente

NOB – Normas Operacionais Básicas

PNH – Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS

RGH – Racionalidade Gerencial Hegemônica

RNP+/RN – Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV e AIDS

SAD – Serviço de Atendimento Domiciliar

SESAP - Secretaria de Saúde Pública do Rio Grande do Norte

SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFRN – Universidade Federal do Rio Grande do Norte

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	10
1. UMA FOTO, UM QUADRO BRANCO E O DIZER DE UM USUÁRIO SOBRE O HOSPITAL GISELDA TRIGUEIRO.....	13
2. VESTÍGIOS DE UM CONFRONTO: AS CONTROVÉRSIAS DO SUS E A APOSTA NOS ESPAÇOS COLETIVOS.....	20
3. A COGESTÃO COMO DIRETRIZ DOS PROCESSOS DE TRABALHO.	27
4. ENTRE O APOIO INSTITUCIONAL E A PESQUISA INTERVENÇÃO: EXPERIMENTANDO A CAMINHADA INSTITUCIONAL.....	32
4.1 Sobre os transbordamentos da metodologia.	32
4.2 Sobre o processo de pesquisa: como operamos com a caminhada institucional?	38
4.3 Nem validar, nem devolver: por um exercício cogestivo pesquisador-com-a-roda.	47
4.4 Cadê o meu caroço de feijão?	51
5. UMA CONTRAESCOLA NO MUNDO AO AVESSE.....	55
6. APRENDENDO A JOGAR.	71
6.1 A coexistência do modelo conservador e do democrático no hospital.	71
6.2 Movimentos Congestivo-Cogestivo e Cogestivo-Congestivo.....	75
6.3 Entre estratégias de luta: movimentos de resistência e forças reativas.....	79
6.4 Dos arranjos de apoio institucional: como se fosse uma engrenagem.	86
6.5 Dos colegiados gestores: espaço político de aprendizagem.	88
6.6 Entre os colegiados e o apoio institucional.	92
7. ENCERRANDO A CAMINHADA INSTITUCIONAL NO HGT: ALGUMAS AVALIAÇÕES E COLOCAÇÕES.....	97
7.1 Sobre como foi aquela segunda-feira de manhã: o último encontro da pesquisadora com o Colegiado Ampliado.	97
7.2 Da alegria e o reencantamento do concreto.	100
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS: PISTAS PARA OUTRAS CAMINHADAS.....	107
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	114
APÊNDICES	124
Apêndice A – Roteiro para entrevistas	124
Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	125

APRESENTAÇÃO

Como sustentar a aposta na cogestão? É uma questão que atravessa os serviços de saúde pública em todo o Brasil e que nos atravessou durante a graduação em psicologia. O HUMANIZASUS, o projeto de extensão “Apoio Institucional às Políticas Públicas na Grande Vitória”, nos aproximou da Rede de Atenção Básica de Cariacica/ES e nos permitiu experimentar como é difícil propor outros modos de gerir na saúde. O que Campos (2007b) denominou Racionalidade Gerencial Hegemônica (RGH) são as práticas verticalizadas e centralizadoras da gestão que contrariam os princípios democráticos do Sistema Único de Saúde (SUS). Onde mais nesse país existiriam coletivos dispostos a resistir à gestão hegemônica?

Mas enquanto dávamos os primeiros passos dessa caminhada com o coletivo HUMANIZASUS em Cariacica/ES, existia um hospital público em Natal/RN construindo estratégias para sustentar um processo de mudança coordenada do modelo de gestão. Quais seriam os desdobramentos da cogestão enquanto diretriz dos processos de trabalho? Já no mestrado, trazíamos essa questão, e foi então que tivemos a oportunidade de conhecer a gestão colegiada no Hospital Giselda Trigueiro (HGT). Nesse sentido, abrimos essa dissertação contando como *uma foto, um quadro branco e o dizer de um usuário* nos indica um interesse em comum entre a pesquisa, o hospital e Esdras¹. Propomos o conceito de “aposta” como uma *ação política* que se faz *com o outro* para dizer que esse interesse nos relaciona e nos aproxima como meio de resistir à gestão hegemônica.

Seguimos a dissertação propondo um capítulo que analisa o SUS como um campo de controvérsias. Dialogamos com Campos, Pasche, Canguilhem, Araújo, Pontes, Fleury, dentre outros autores, mostrando como uma das maiores políticas de Estado para inclusão social se sustenta não apenas por leis, mas principalmente no cotidiano em que se enfrenta coletivamente a fragmentação do trabalho, a politicagem, o baixo financiamento, dentre

¹ Quem é Esdras? Nós não o conhecemos pessoalmente, mas seguimos algumas pistas deixadas por ele em uma cartilha publicada pelo Ministério da Saúde (2009). Como usuário do SUS e participante das rodas de cogestão no HGT, Esdras compartilhou durante uma oficina realizada por esse ministério sobre a importância dos efeitos de aproximação entre usuários, trabalhadores e gestores que a cogestão possibilitou nesse hospital público. Entendemos que Esdras, assim como nós, é alguém que se interessa nessa aposta de democratizar os arranjos tecnoassistenciais por meio da cogestão.

outras dificuldades. Então, ao invés de nos limitarmos a definir o SUS a partir da Lei Orgânica nº 8.080/90 (BRASIL, 1990a) e a de Participação Social nº 8.142/90 (BRASIL, 1990b), preferimos nos perguntar o que *pode* o SUS?

Cogestão é uma diretriz da Política Nacional de Humanização da Gestão e Atenção do SUS (PNH) para expressar a inclusão dos sujeitos e fazer mudança nas práticas de gestão e atenção (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). Já no terceiro capítulo nos propomos a analisar essa questão contrapondo as características da RGH e o modo como a cogestão se desdobra e altera os processos de trabalho a favor da democracia institucional. Fazemos uma revisão de literatura sobre cogestão destacando a autoria de Lourau (1993), tomamos o uso do termo na saúde pública a partir de Campos (2007b) e outros diferentes pontos de vista sobre a temática. Buscamos traçar uma análise sobre a definição de cogestão enquanto uma *diretriz*, mostrando-a como uma orientação precisa para que as mudanças sigam o rumo da democracia institucional.

No quarto capítulo trazemos a proposta da Caminhada Institucional como metodologia de pesquisa. Entre os pressupostos do apoio institucional e da pesquisa-intervenção delineamos as bases de uma metodologia orientada pela ética dos encontros. Analisamos como acompanhamos os processos e acessamos as relações de força que compõem a cogestão no HGT a partir do caminhar, que nos permitiu parar para conversar e nos sentir próximos do cotidiano (GROS, 2010).

Como uma *contraescola no mundo ao avesso* (GALEANO, 2015) o HGT iniciou o processo de construção da gestão colegiada resistindo à gestão hegemônica verticalizada. Desde então houve diversos desdobramentos e mudanças nos processos de trabalho. No quinto capítulo, nesse sentido, nos dedicamos a analisar o processo histórico de construção da cogestão enquanto diretriz dos processos de trabalho no hospital. Contamos essa história a partir dos discursos dos trabalhadores e analisamos como se deu a construção dos colegiados e a importância do apoio institucional para sustentar a aposta na cogestão.

No sexto capítulo, *aprendendo a jogar*, trazemos trechos do diário de campo para expressar certa dinâmica das relações de poder que compõe nosso encontro com a cogestão. Como no HGT poderiam coexistir forças verticalizadas e democráticas? Com Maturana e Varela (1995) nos indagamos se a cogestão não seria propiciadora de autonomia e realização

de autopoiese. Diante de certa dinâmica de um jogo difícil de jogar, dialogamos com Foucault (2015) nos indagando sobre como operam as relações de poder e como os trabalhadores constroem estratégias para resistir à gestão vertical dentro dos processos de trabalho. Trabalhamos o conceito de ação discursiva de Arendt (2005) e a perspectiva deleuziana sobre os conceitos de resistência, forças ativas e reativas, para analisar como alguns movimentos podem contribuir ou dificultar os processos de mudança. Finalizamos o capítulo analisando os Colegiados e o Apoio Institucional, destacados pelos trabalhadores como estratégias de resistência fundamentais para a construção da cogestão no hospital.

Contamos sobre a intensidade do último encontro com o Colegiado Ampliado. Esse é o *encerramento da caminhada institucional no HGT* onde tecemos análises sobre o processo de avaliação da metodologia da pesquisa, da construção e delineamento dos resultados e, sobretudo sobre os efeitos desse encontro *pesquisador-com-a-roda*. Utilizamos o conceito de Reencantamento do Concreto (VARELA, 2003) para balizar nossas discussões.

Por último, deixamos nossas considerações finais e algumas pistas para outras caminhadas institucionais.

1. UMA FOTO, UM QUADRO BRANCO E O DIZER DE UM USUÁRIO SOBRE O HOSPITAL GISELDA TRIGUEIRO.

Mais uma tarde quente e movimentada na cidade de Natal/RN. Pela manhã alguém voltou a comentar que era importante conversar com a ex-diretora do hospital sobre a cogestão. E por causa dessa recomendação recorrente agora estávamos nas ruas do centro da capital potiguar voltando dessa conversa. Conversamos com a coordenadora da rede de atenção hospitalar na SESAP/RN. Compartilhamos nossas experiências sobre a intensa história de construção da cogestão no Hospital Giselda Trigueiro (HGT).

A coordenadora fora diretora no hospital e agora atuava contribuindo para fomentar colegiados gestores em outros serviços da rede. Percebia como não podia medir a proporção dos efeitos e das reverberações da cogestão no HGT, a se perder de vista no estado e no Brasil. “Fazemos isso tudo, mesmo?”, dizia a coordenadora. E essa questão não tratava de dizer que uma experiência era melhor do que outras, mas que há intensidade.

Ela se levantou da cadeira e pegou uma cartilha no alto do armário. Ficamos em silêncio. Escutamos. Ela conta que há tempos viu que na cartilha, publicada pelo ministério da saúde, tinha uma foto de um quadro branco onde estava escrito sobre a cogestão no HGT, dentre várias outras experiências de humanização da saúde escritas por usuários durante uma oficina. Ela dizia do receio de ser falado, de ser assunto, de ser referência.

E ela leu, dentre os dizeres, aquele que lhe causava essa inquietação “Fazemos isso tudo, mesmo?”. Uma foto, um quadro branco e um dizer de um usuário que escreveu que “O GT Humanização do HGT- Natal/RN (Rep. de AIDS) aproximou usuários, profissionais e gestores. Experiências como essa devem ser valorizadas e continuadas” (Esdras RNP+/RN²). E nós temos a dizer que experiências como essa contagiaram e aproximaram-nos todos no sentido de uma mesma aposta. E assim, ficou claro que não se trata apenas de uma cartilha qualquer guardada no gabinete, mas da cogestão como um encontro vivo, um ponto em comum, um ponto de contato entre Esdras, o HGT e a pesquisa. (Diário de campo).

² Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV e AIDS (RNP+). Retiramos esse trecho da Cartilha sobre Gestão Participativa e Cogestão do Ministério da Saúde (2009). Nessa cartilha existe uma foto nas páginas 42-43. Nessa foto existe um quadro branco com vários dizeres escritos. Dentre os dizeres citamos o que Esdras compartilhou, pois se tratava da experiência com o HGT.

Uma foto, um quadro branco e o dizer de um usuário sobre o HGT compõem a cartilha “Gestão Participativa e Cogestão”, a mesma cartilha que sendo lançada em 2009 pelo Ministério da Saúde foi usada como referência de leitura para o projeto de extensão “Apoio Institucional às Políticas Públicas da Grande Vitória”, em que participamos no ano de 2013. Como afirmam Vitor Júnior et al. (2014) o projeto de apoio à gestão municipal se tratou da construção de um espaço coletivo onde se pudesse pensar a organização da rede de atenção básica incluindo trabalhadores, gestores e usuários num movimento que fosse à contramão de certo modo de funcionamento que seguia o curso da hierarquia. Enquanto vivenciávamos a instância “Grupo de Trabalho em Humanização” (GTH) no município de Cariacica/ES, o HGT experimentava os “Colegiados Gestores” em Natal/RN. Embora não soubéssemos ainda os colegiados já produziam como efeito, compartilhado por Esdras naquele quadro branco, o aproximar, o valorizar e o continuar experiências como essas. Ambas as instâncias apresentadas pela cartilha visam essa aproximação pela construção de arranjos institucionais entre trabalhadores, gestores e usuários e essa continuidade em fomentar experiências de inovação da gestão e atenção na saúde pública.

Nas experiências entre Cariacica/ES e Natal/RN, destacadas por nós dentre tantas que acontecem no Brasil, existem em comum mais do que histórias de acesso à cartilha. Existem encontros e experiências concretas dos coletivos na rede de políticas de saúde apostando na indissociabilidade entre gestão e atenção. Como nos apresentou Arendt o *inter* – esse expressa o que está entre as pessoas, é aquilo que as “relaciona e interliga” (2005, p. 195). Com Arendt consideramos que a cogestão nos *inter* – essa, pois possibilitou a conexão e articulação entre esse pesquisador, que foi forjado no encontro com a unidade básica de saúde de Nova Rosa da Penha no bairro de Cariacica/ES, e os trabalhadores que travam lutas cotidianas no hospital de Quintas, bairro do Distrito Oeste de Natal/RN. Pela via da cogestão foi que o professor orientador dessa pesquisa apresentou o hospital à pesquisadora, e vice e versa, e acionou esse interesse, esse ponto em comum, a partir do qual nos articulamos e nos fizemos aliados ao exercício de democratização da gestão e atenção no Sistema Único de Saúde (SUS).

O HGT assumiu a construção de arranjos institucionais a partir dos Colegiados Gestores, enquanto dispositivo proposto pela Política Nacional de Humanização da Gestão e Atenção do SUS (PNH), para atualizar a cogestão como diretriz dos processos de trabalho,

alterando os modos de gerir e cuidar. Mas se é pela via dessa aposta na cogestão como diretriz dos processos de trabalho que adentramos na história sobre a gestão colegiada no HGT, como uma experiência do SUS que dá certo capaz de nos inspirar na construção de políticas, o que estamos entendendo como apostar?

O Termo “aposta”, segundo o dicionário Larousse Ática (2001) seria qualquer tipo de “compromisso firmado entre duas pessoas de opinião diferente pelo qual aquele que errar seu prognóstico pagará ao outro uma quantia ou algo previamente combinado”. Esse é o sentido usado na maioria dos dicionários que os brasileiros usam no dia a dia como o Aurélio³ e o Michaelis⁴ que conceituam aposta, respectivamente, como uma “promessa mútua de que depende dar ou receber alguma coisa” e um “Ajuste entre pessoas que teimam em conceitos ou hipóteses diferentes, devendo quem não acertar ou não tiver razão pagar ao outro quantia ou coisa determinada”. Entretanto, para nós, uma aposta não se reduz a um substantivo que trate de uma negociação financeira ou um acordo entre pessoas divergentes. O que nos chama atenção nessas definições é que uma aposta, da qual estamos falando nos serviços públicos, só pode ser compreendida a partir de uma ação – *apostar* – e, enquanto verbo, uma aposta não se faz sozinha, mas sempre *com* o outro e em determinada direção, e é isso que nos chama atenção nesse termo: apostar na cogestão, expressa a *ação* realizada *com o outro* como “certo modo” de produzir o real ou de inventar essa dimensão pública das políticas de saúde.

Foucault (2006) usa o termo aposta diversas vezes quando escreve sobre “A Filosofia Analítica da Política”, mas não faz definições. O termo aposta comparece no discurso acadêmico de autores e dos próprios trabalhadores do hospital, pessoas que tem dedicado suas vidas pela construção e fortalecimento da dimensão pública das políticas de saúde. Essa recorrência do termo aposta nos discursos nos parece um detalhe que merece consideração. A nosso ver o termo aposta está muito articulado com a cogestão, colocando-a como uma forma de resistência à RGH. O conceito de resistência, segundo Foucault (2006), nos indica que apostar na cogestão se trata de uma *ação com o outro* que opera no plano micropolítico, no sentido de estarem inseridas nas lutas do dia a dia, cotidianas, imediatas e infinitas.

³ APOSTA. In: DICIONÁRIO do Aurélio Online - Dicionário de português. c2008-2016 Disponível em: <http://www.dicionariodoaurelio.com/aposta>. Acesso: 01 Abr. 2015.

⁴ APOSTA. In: MICHAELIS, Dicionário de Português Online. Editora Melhoramentos, UOL – O melhor conteúdo. C1998-2009. Disponível em: <http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index.php?lingua=portugues-portugues&palavra=aposta>. Acesso: 01 Abr. 2015.

Consideramos que são nesses espaços de resistência, no dia a dia dos serviços de saúde pública, que é possível apostar na cogestão e sustentar o projeto de uma gestão e atenção indissociáveis.

No SUS que dá certo apostar na cogestão é gastar a vida que transborda, ou seja, é investir tempo e força vital para construir práticas de saúde corresponsáveis em prol da democratização dos processos de trabalho e do cuidado integral aos usuários dos serviços públicos. Investir no tempo *cronos*⁵, se considerarmos as horas de trabalho e de reuniões dedicadas, os meses de planejamento, os anos de pensamento e de reforma sanitária. Investir também no tempo *kairós*, se considerarmos nas intensidades afetivas as oportunidades para se levar adiante um projeto público, sendo passagem para o fortalecimento da democratização da saúde. O objeto dessa aposta na cogestão é a inovação nos modelos de atenção e gestão para concretizar um empreendimento “futuro”, “desconhecido”, arriscado, mas feito com convicção e confiança. Como afirmação de um projeto sobre o qual não se tem garantias, enquanto ação com o outro aposta na cogestão se torna um empreendimento possível e necessário para sustentar, empenhar-se e corresponsabilizar-se no presente concreto para a condução e realização desse projeto de um SUS democrático.

Nesse sentido, a memória retoma as vivências de outra época, quando ainda no estágio de graduação em psicologia pegamos o ônibus 583 (Nova Rosa da Penha/ T. Carapina via Contorno) para ir ao campo em Nova Rosa da Penha, Cariacica/ES. Sentíamos o sabor do sanduíche do almoço, o cheiro de poeira e o calor do meio dia ardendo os olhos. Enquanto o ônibus percorria o caminho, delineando os contornos da estrada e dos campos verdes, nós experimentávamos certa dimensão cotidiana da aposta. Cada cena que se compõe com nossos sentidos, nos fazia imaginar e pensar quantos trabalhadores, no percorrer os mais diferentes trajetos, “gastam” a vida investido na construção de estratégias para afirmar a viabilidade do SUS. Nos ônibus, nas universidades, nos serviços de saúde e no meio do caminho construímos uma aposta que opera por meio de uma *ação com o outro*. Fazíamos-nos aliadas a

⁵ Encontramos Cronos e Kairós como elementos da mitologia grega que nos ajudam a pensar essa questão. Rampin (s/d) nos explica que Cronos e Kairós são deuses do tempo. Cronos, figura imperiosa, senhor do tempo cronológico que pode ser medido em segundos, horas, dias, semanas, meses e anos. O tempo cronológico passa implacavelmente devorando a juventude e os acontecimentos que passam no dia a dia sem nos trazer um sentido existencial. Kairós, uma figura veloz, jovem calvo com cabelo na testa, asas nos pés e nos ombros representa o tempo da oportunidade. O tempo da oportunidade vem ao nosso encontro sem hora marcada, nos permite construir um sentido existencial, e quando o encontramos é preciso agarrá-lo de frente, pois se deixarmos a oportunidade passar, não mais voltará.

essa aposta no encontro com o território, no imaginar suas necessidades, no observar seus movimentos e no conversar com as pessoas que usavam ou não os serviços da unidade de saúde do bairro. E assim, nós, enquanto “estagiárias” ali no caminho, nos tornamos passagem para um projeto que afirma a *ação com o outro* na construção de outros modos de gerir e cuidar.

Hanna Arendt (2005) problematiza o sentido atribuído à política quando se traduz esse termo como “social” dos escritos de Aristóteles sobre o *zoon politikos* para os de Tomás de Aquino sobre o *animal social*. Essa tradução que coloca os termos político e social como sinônimos é importante para nós na medida em que nos ajuda a afirmar que toda aposta é estritamente humana por assumir certa dimensão pública-política. A aposta, assim como a política, é uma ação desenvolvida no âmbito público na medida em que é algo que se faz afirmando a necessidade de fazer *com o outro*. Quando nos juntamos *com* pessoas para trabalhar não significa que limitamos nossa aposta em torno de questões financeiras e de subsistência. Com isso queremos dizer que a partir do trabalho também construímos uma dimensão de organização humana e fazemos política.

Para Arendt (2005) quando as pessoas se juntam para outros fins, que não o da satisfação das necessidades biológicas, simplesmente elas estão exercendo outra ordem de existência que os gregos reconheciam como política. Para os gregos “o surgimento da cidade-estado significava que o homem recebera, além de sua vida privada, uma espécie de segunda vida, o seu *bio politikos*” (ARENDT, 2005, p. 33). Nesse sentido, foi atribuído o significado político à vida em comunidade, ou seja, uma oportunidade de organizar atividades para além da demanda por segurança, alimentação, moradia, trabalho, dentre outras condições de subsistência pela qual significamos a nossa organização social. Portanto, a aposta é uma questão política que se faz no espaço público, onde os afazeres e os investimentos não se limitam às questões de subsistência e financeira.

Por isso, analisamos que a aposta na indissociabilidade entre gestão e atenção não se restringe à implantação de certo modelo administrativo ou de instâncias de democratização para oferecer a satisfação das necessidades vitais dos usuários e trabalhadores. Apostar na cogestão implica em ter como alvo a *ação* de intervir no modo como se presta o serviço e sendo uma *ação* que interfere no *como* nos organizamos coletivamente tal aposta expressa certa dimensão política. Isso significa que vemos o trabalho no serviço público como uma

ação política e pública a partir da experiência concreta dos coletivos (BARROS; PASSOS; 2005a).

Fazemos uso do termo “apostar”, então, como um conceito operacional para expressar a dimensão política da *ação com o outro* que compõem certa experiência de *re-existir*.

A dimensão política explicita-se na medida em que se constitui como força de resistência contra a esterilização do poder disruptivo das formas constituídas, resistência ao que tenta impedir a criação de outras/novas formas subjetivas, sendo assim, *re-existência*. (BARROS, 2006, p. 283).

A cogestão enquanto uma aposta tem sido uma experiência de *re-existência* quando afirma a viabilidade do SUS por movimentos inventivos na organização da vida e dos serviços de saúde. *Re-existência* frente à lógica hegemônica nos serviços de saúde onde predominam certa racionalidade gerencial autoritária, centralizadora do planejamento e decisões, esmagadora da dimensão afetiva do trabalho e que trata as pessoas como objetos. Essa racionalidade produz práticas de cuidado duras, limitadas em procedimentos, fragmentadas, com altos custos, pouco resolutivas e com efeitos antidemocráticos contrariando os princípios do SUS (CAMPOS, 2007b). Nesse sentido, inventar outros meios tecnoassistenciais para afirmar um cuidado integral é *re-existir*, pois, embora o cuidado passe por aspectos administrativos, de técnicas e normas, se trata mais de um fazer sustentado pela coprodução de sujeitos e mundos do que pelo seguir prescrições (BARROS; GOMES, 2011).

Como continuidade desse pensamento, cogerir e coproduzir o cuidado são ingredientes fundamentais para os serviços de saúde. Considerar os outros nas relações, seja no âmbito administrativo ou assistencial do cuidado em saúde, é um ingrediente fundamental para forjar práticas de saúde democráticas (BARROS; GOMES, 2011). Mas essa *ação com o outro* para fortalecer práticas democráticas não compõe a RGH. Controvérsia de um sistema de saúde “universal” e “democrático” em que as práticas de gestão vertical predominam nos serviços.

Consideramos que hoje as controvérsias no cotidiano dos serviços públicos de saúde ainda expressam certas relações de poder constituídas ao longo de um processo histórico. Tais controvérsias expressam o tensionamento entre projetos neoliberais e ditatoriais e forças de movimentos sociais da reforma sanitária, que vamos analisar no capítulo seguinte dessa dissertação. Nesse cenário a cogestão, então, insurgiria como um convite-proposta para um

agir com o outro que qualifique a gestão e a assistência de forma estratégica, criativa e resistente. Mas isso não significa tentar escapar ou eliminar as controvérsias, pois,

Não é mais possível imaginar que se pode escapar das relações de poder de um golpe, globalmente, maciçamente, por uma espécie de ruptura radical ou por uma fuga sem retorno. As relações de poder funcionam; seria preciso estudar os jogos de poder em termos de tática e de estratégia, de norma e de acaso, de aposta e de objetivo (FOUCAULT, 2006, p. 45).

2. VESTÍGIOS DE UM CONFRONTO: AS CONTROVÉRSIAS DO SUS E A APOSTA NOS ESPAÇOS COLETIVOS.

O que é o SUS? Um arranjo organizacional do Estado para desenvolvimento de uma política pública de saúde no Brasil, que traduz os princípios e diretrizes dessa política, instituído pelas Leis Orgânicas da Saúde nº 8.080/90 e nº 8.142/90 (BRASIL, 1990a; 1990b; VASCONCELOS; PASCHE, 2008; CALDERON, 2013). Entretanto, para além de uma regulamentação que “autorize” sua existência, o SUS nos apresenta um campo de controvérsias: uma das maiores políticas de Estado para a inclusão social (ARAÚJO; PONTES, 2012) foi construída numa conjuntura do avanço do neoliberalismo na América Latina, após a ditadura militar no Brasil e, para isso, diversos movimentos sociais propuseram caminhos para a sua construção.

Forjado entre passos e descompassos, a definição do SUS não se limita em uma identidade numérica⁶, que pressupõe uma essência que lhe caracterize enquanto uma estrutura fixa, estática, linear, imutável e “una”. O sistema é “único” pelo seu caráter de integração e articulação das diversidades de um país de dimensão continental e não “uno” no sentido de ser homogêneo. O SUS que dá certo transborda sua regulamentação e isso nos instiga a reformular a questão de “o que é” para “o que pode” o SUS, pois mais nos interessa a potência, aquilo que lhe dá vida, os dinamismos, as lutas cotidianas e a aposta na gestão coletiva da saúde.

É potente como o SUS se propõe democrático em todo o seu processo de construção enquanto política pública. Nesse trajeto existem serviços que se deixam contagiar pela aposta na gestão coletiva, mas em alguns casos é preciso instigar esse movimento. De acordo com Fleury (1997) existiram diferentes perspectivas de democratização da saúde ao longo da história do movimento de reforma sanitária, algumas com forte conteúdo anárquico e contracultural, outras pela via do aparato jurídico-administrativo do Estado. Uma primeira controvérsia: o SUS foi instituído entre a força dos coletivos e a máquina de Estado,

⁶ Identidade numérica é um termo usado em um relatório de estágio supervisionado para definir uma forma de organização social em torno do *exato*. Argumenta-se contra a supervalorização de números, protocolos e normas para identificar organizações, sujeitos e coletivos em detrimento das experiências vividas e suas potencialidade (SILVA; SILVA; SAMPAIO, 2013, p.2).

conjugando resquícios do regime burocrático-autoritário e a aposta na gestão coletiva da saúde.

A regulamentação do SUS e a instituição da saúde enquanto direito constitucional foram, por um lado, uma conquista da Reforma Sanitária (PEREIRA JÚNIOR, 2013; PASCHE, 2009; PASSOS et al., 2013), mas por outro lado sempre haverá o risco das lutas cotidianas contra o poder serem encampadas pelo sistema (FOUCAULT, 2006). Parece-nos que o Estado faz usos dessa noção de direito tendo como estratégia o aparente “consentimento” deles à população. Uma segunda controvérsia: saúde como um direito conquistado e consentido. Pereira Júnior (2013) nos lembra de que “consentir” direitos é uma estratégia da burguesia para preservar seus interesses e a sua hegemonia política. Que interesses foram preservados nessa conjuntura de avanço do neoliberalismo na América Latina? Na face conquistada do direito houve uma militância para construir cotidianamente o SUS, mas na face “consentida” do direito houve baixo financiamento, politicagem, a baixa capacidade de gestão, a fragmentação do trabalho, e uma série de outros fatores que contribuíram para a construção de uma imagem de descrédito e desqualificação dos trabalhadores e dos serviços públicos de saúde (SILVA, 2011; CAMPOS, 2007a).

Para socorrer o capital financeiro, a burocracia dos bancos centrais é rápida e eficiente. Para reprimir as greves e manifestações, a burocracia policial também é rápida e eficiente, mas para implementar demandas radicais e direitos sociais o Estado é lento e ineficaz (PEREIRA JÚNIOR, 2013, p. 52).

Esse trecho trazido do texto de Pereira Júnior (2013) nos leva a refletir sobre certos usos que a lógica do capital faz da máquina de Estado se apropriando da saúde pública enquanto mercadoria, o que contrapõem a lógica democrática de saúde enquanto direito universal, que fundamenta o SUS. Estratégia capitalista para produção de lucro que atravessa o SUS com práticas de gestão que cada vez mais fragmentam, centralizam e desqualificam o trabalho na saúde pública, criam demanda por planos de saúde e promovem a abertura de portas para o mercado de capital. Assim, se produz uma relação de consumo e de prestação de serviços entre usuários, trabalhadores e gerentes, contrária ao que se espera para uma política de saúde que se pretenda pública.

A transição de uma política de governo para uma política pública não é fácil e nem garantida (BARROS; GUEDES; ROZA, 2011). A dimensão pública das políticas se constrói

a partir da ação e do discurso no plano comum, enquanto as leis são uma “proteção estabilizadora” para garantir sua permanência (ARENDT, 2005). A ação e o discurso só podem ser realizados entre pessoas, pois são meios pelos quais as pessoas se manifestam umas as outras e estabelecem uma convivência num espaço *koinon*⁷, “que é comum a todos nós” (ARENDT, 2005, p. 61).

Para Arendt (2005, p.212) “o poder passa a existir entre os homens quando eles agem juntos, e desaparece no instante em que eles se dispersam”. Segundo Aguiar (2011) poder em Arendt não é sinônimo de governo, domínio, violência ou força, mas se refere à capacidade fundadora das ações conjuntas e da participação das pessoas na vida pública. A partir dessa dimensão constituinte do poder em Arendt (AGUIAR, 2011) pensamos no que podem as práticas de gestão coletiva da saúde para proposição e instituição de novas formas de organização da vida: elas tecem no cotidiano dos serviços de saúde um SUS que dá certo.

Segundo Pasche (2009), “o SUS que dá certo” são experiências concretas de qualificação da gestão e atenção frente às contradições e desafios dos serviços, que apontam para a viabilidade da política de saúde brasileira. Dizer de um SUS que dá certo, então, passa pela via da afirmação de que há meios possíveis e concretos para efetivar práticas de produção de saúde mesmo em meio às controvérsias dos modos de gerir instituídos no sistema. Quando Canguilhem (2011, p. 139) afirma que “O que sustenta o pássaro é o galho da árvore, e não as leis da elasticidade”, nos colocamos a pensar como entre essas controvérsias sustentar o SUS que dá certo passa muito mais pelas lutas do dia a dia do que pelas leis ou pelo aparato jurídico-administrativo que o compõem. Entre as lutas cotidianas, infinitas e imediatas que se inscrevem nos acontecimentos, fazemos histórias e é reconhecendo a importância do fazer coletivamente o mundo que se constrói o cuidado em saúde, exercendo certa dimensão constituinte/instituinte do poder para gerir a vida, afirmá-la e cuidá-la.

Sustentar certa política que se pretenda pública e produtora de saúde num meio onde o aparato jurídico-administrativo, por vezes, limita a autonomia do coletivo de trabalhadores, gerentes e usuários é uma terceira controvérsia. Entendemos que produzir saúde é um fazer que não se restrinja a ofertar consultas, cirurgias ou prescrever remédios, mas se trata de um

⁷ *Koinon* é uma palavra grega que significa “espaço em comum” de onde deriva o termo *koinonia* que significa “comunhão”.

fazer que, como coloca Pasche (2009), envolve aspectos econômicos, culturais e sociais. Fazer a gestão desses aspectos tão complexos para produzir saúde exige diferentes graus de autonomia e projetos comuns entre gestores, trabalhadores e usuários e não se faz a partir de uma lógica linear e mecanicista taylorista-fordista como indica Campos (2007b).

Pensando a partir do conceito de saúde trazido pelo filósofo e médico George Canguilhem na obra “O normal e o patológico”, publicada em 1943, afirmamos também que os graus de autonomia se constroem num constante exercício que se faz *com o outro*. Canguilhem (2011) critica a clínica médica orientada por certa ideia de norma, que estabelece um padrão de funcionamento ideal, a partir das médias estatísticas de uma população. Nesse tipo de clínica que considera a doença como uma perturbação da normalidade, que desloca o indivíduo das médias estatísticas, produzir saúde é retornar o organismo ao seu estado supostamente “natural”, estabelecendo assim uma cura, é reproduzir um modelo e independente das variações do meio, controlar e submeter os indivíduos a uma regra de normalidade.

Para Canguilhem (2011) como a vida é uma realidade dinâmica, existe um processo de saúde-doença pelo qual o indivíduo é capaz de inventar normas no encontro com as novas situações vividas, o que o autor denominou *normatividade*. “A vida não é [...] uma dedução monótona, um movimento retilíneo; ela ignora a rigidez geométrica, ela é debate ou explicação [...] com um meio em que há fugas, vazios, esquivamentos e resistências inesperadas” (CANGUILHEM, 2011, p. 140). Entre as instabilidades do meio biológico – clima, alimentação, geografia – e do meio geográfico – atividade social – o *homo faber* produz normas como condições e técnicas coletivas para habitar o mundo, mas ao mesmo tempo é produzido por elas expressando certa constância de traços.

O homem é um fator geográfico, e a geografia está profundamente impregnada de história, sob a forma de técnicas coletivas [...] Se é verdade que o corpo humano é, em certo sentido, produto da atividade social, não é absurdo supor que a constância de certos traços, revelados por uma média, dependa da fidelidade consciente ou inconsciente a certas normas da vida. Por conseguinte, na espécie humana, a frequência estatística não traduz apenas uma normatividade vital, mas também uma normatividade social. Um traço humano não seria normal por ser frequente; mas seria frequente por ser normal, isto é, normativo em um determinado gênero de vida, tomando essas palavras gênero de vida no sentido que lhes foi dado pelos geógrafos da escola de Vidal de la Blache (CANGUILHEM, 2011, p. 62).

O autor nos chama atenção para uma dimensão coletiva na produção de normas e nos ajuda a pensar que produzir saúde não é reproduzir normas determinadas por fatores externos.

Produzir saúde é exercer certa normatividade considerando as infidelidades do meio, as convenções revogáveis, os acontecimentos, os acidentes, a precariedade das instituições, e poder contar com o outro, confiar saídas com esses outros nessa dimensão política de produção de si e do mundo. Consideramos que produzir saúde, então, não se trata de uma aposta qualquer, mas uma aposta em que a *ação com o outro* sustente práticas de democratização da gestão e da atenção. Produzir saúde articulando os aspectos contextuais trazidos pelo nosso contemporâneo Pasche e também afirmando certa normatividade trazida por Canguilhem em 1943. Assim, queremos ressaltar que a produção de saúde atravessada por essa aposta na cogestão dos processos de trabalho produz a aproximação entre trabalhadores, gestores e usuários, num exercício de autonomia constante que considera as condições materiais do serviço e da vida com o território.

A cogestão dos serviços a partir da aproximação entre trabalhadores, usuários e gestores, bem com o território, é uma diretriz da PNH (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). Dentre as várias estratégias que se buscou afirmar para produzir saúde e prestar uma assistência de qualidade, a partir de 2003 houve, então, a construção da PNH como uma política transversal que afirmasse a cogestão como *diretriz* dos processos de trabalho de forma clara e incisiva sobre as *práticas*.

As diretrizes da PNH são suas orientações gerais e se expressam no método da inclusão de usuários, trabalhadores e gestores na gestão dos serviços de saúde, *por meio de práticas* como: a clínica ampliada, a *cogestão dos serviços*, a valorização do trabalho, o acolhimento, a defesa dos direitos do usuário, entre outras. (COSTA, 2013, p. 21).

De acordo com Pasche (2009) as diretrizes, princípios e dispositivos compõem essa política a partir das experiências concretas. A PNH se inspirou nas experiências concretas dos coletivos nos serviços de saúde, dos estados e municípios, que fortaleceram a rede pública inovando na organização e oferta de práticas de saúde, no investimento em instâncias de cogestão para incluir trabalhadores, gestores e usuários nos processos de descentralização (PEDROSO; VIEIRA, 2009). Entre 2006 e 2008 a PNH investiu na formação de apoiadores para nutrir os movimentos dos coletivos e os exercícios de autonomia em curso no cotidiano dos serviços de saúde, segundo documentos e relatórios do Ministério da Saúde observados por Pereira Júnior (2013). Assim, se na história da reforma afirmamos o tempo todo que a gestão coletiva faz persistir o projeto de democratização da saúde, apresentar a cogestão dos

serviços como diretriz significa legitimar essa estratégia por meio das práticas, sem instituir o como fazê-la operar visto que diretrizes são “orientações gerais” e não normativas ou prescrições.

Ao longo das décadas os coletivos investiram e apostaram em diferentes projetos, vários caminhos e hoje, também, vislumbramos certa importância e ênfase de uma *ação com o outro* para intervir nos serviços de saúde *por meio das práticas*. Uma mudança de paradigma ou um dentre tantos projetos? Assim como Righi (2002), compreendemos que na década de 70 a saúde pública é claramente centralizada e verticalizada, sem participação social, com medidas claramente voltadas para a assistência médico-hospitalar e sem investimentos para serviços municipais. Nos anos 80, com a crise no país, vislumbramos tentativas e construção de projetos de democratização da saúde como as Ações Integradas de Saúde (AIS) e o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que buscavam alcançar os interiores do país expandindo o acesso às políticas de saúde e começando a ampliar a participação a nível municipal, que nos anos 90 se desdobraria como SUS instituído na Constituição Cidadã. O destaque da construção de medidas jurídicas para instituir a saúde como direito universal e para ampliar a participação social nos anos 90 se expressa na construção da Lei Orgânica da Saúde Nº 8.080/90 e a de Controle Social de Nº 8.142/90 (BRASIL, 1990a; 1990b), citadas no início do texto, e as NOB 01/91, NOB 01/92, NOB 01/93, NOB 01/96, que indicaram certa tendência e a aposta na descentralização dessa rede de atenção e das disputas de propostas na saúde coletiva e de modelos de atenção e gestão do SUS para fazer mudanças institucionais (RIGHI, 2002).

Assim, percebemos que houve e há movimentos não lineares, mas dinâmicos, em direção à descentralização dos modelos de atenção e gestão no SUS, ora favorecendo-a e ora dificultando-a. E a partir disso somos instigados a pensar se não houve uma mudança de paradigma a partir de 2003, quando se institui a PNH como política transversal, colocando-se em questão a nível nacional não apenas os modelos tecnoassistenciais e os desenhos institucionais, mas também métodos de intervenção *por meio das práticas*.

Destacamos que muitos trabalhos têm abordado a dimensão das práticas, sem a pretensão de apontar tendências, mas afirmando por onde nos interessa discutir e agir no quadro da reforma sanitária hoje, e é essa dimensão que se torna campo dessa dissertação.

Portanto, tendo como objeto de pesquisa a cogestão como diretriz para os processos de trabalho nos serviços de saúde, a ênfase dessa dissertação está muito mais sobre *como* tais práticas são forjadas no plano coletivo das forças do que a afirmação de um modelo de gestão e atenção universal e ideal para o SUS. Se é que seria possível ter como meta alcançar esse ideal, haja vista a precariedade das formas (DELEUZE, 2008), nós preferimos nos deter nas relações de força que as movimentam e modificam.

De acordo com Escóssia (2009) o plano coletivo das forças não está descolado das formas, o que para nós indica que os modelos tecnoassistenciais assumem determinadas formas em função de determinadas práticas e vice-versa em uma coprodução.

Agenciar é estar no meio, sobre a linha de encontro de dois mundos. Agenciar-se com alguém não é substituí-lo, imitá-lo ou identificar-se com ele: é criar algo que não está nem em você nem no outro, mas entre os dois, neste espaço-tempo comum, impessoal e partilhável que todo agenciamento coletivo revela (ESCÓSSIA, 2009, p. 692).

Não pretendemos destacar “formas ideais” de viabilizar o SUS que dá certo e nem determinados modelos que supostamente “salvarão a pátria”. Para nós interessa a noção de agenciamento no sentido de acessar o plano coletivo das forças para experimentar o que tem se processado no âmbito das práticas quando a cogestão é uma diretriz dos processos de trabalho em saúde. Para isso nos indagamos: o que se produz no dia a dia quando se usa a diretriz “cogestão” nos processos de trabalho?

Apresentamos algumas controvérsias componentes de uma conjuntura que, a nosso ver, torna o SUS um sistema tão complexo e, como afirmam alguns autores (PASCHE, 2009; CALDERON, 2013), hipercomplexo, pois “incide sobre sua gênese um conjunto de elementos de vários planos, os quais se engendram mutuamente, construindo redes causais complexas” (PASCHE, 2009, p. 707). Diante dessa discussão compreendemos que a construção do SUS expressa uma dinâmica constante de disputa entre projetos, de tensionamento entre modelo e prática. Nesse campo de disputas apostamos na indissociabilidade entre atenção e gestão e na novidade da cogestão como diretriz dos processos de trabalho para a reorganização da rede de atenção à saúde sob outros parâmetros *por meio das práticas*, que não seja o do saber biomédico e da RGH, onde se exacerba “o tom prescritivo das relações clínicas, de gestão e de trabalho [...] servindo mais a afirmação de expertises particulares do que a algum interesse público” (OLIVEIRA, 2011, p. 11).

3. A COGESTÃO COMO DIRETRIZ DOS PROCESSOS DE TRABALHO.

É um consenso entre autores que existe uma fragmentação dos processos de trabalho, da clínica e das políticas que compõem o SUS. Predomina certo modelo de gestão taylorista-fordista que preza por procedimentos, especialidades, departamentalização, cumprimento de normas e contribui para a submissão e controle das pessoas em detrimento da produção de sujeitos autônomos (ARAÚJO; PONTES, 2012; CAMPOS, 2003; CAMPOS, 2009; CAMPOS; AMARAL, 2007; CAMPOS; DOMITTI, 2006; CUNHA; CAMPOS, 2010). Entretanto, existem diversas experiências sendo nutridas e fortalecidas a partir da experimentação da cogestão como diretriz estruturante da PNH (CALDERON, 2013). São experiências afirmativas de certo modo de fazer saúde que desestabiliza os tradicionais modelos biomédicos e da RGH, busca a integração das políticas existentes e novos modos de produção e circulação de poder (OLIVEIRA, 2011; PASCHE; PASSOS, 2010; PEREIRA JÚNIOR, 2013).

A RGH é um estilo de governar inspirado no Taylorismo, cujo eixo conformador é a disciplina e o controle orientado pela ideia de que o trabalhador deve renunciar seus desejos, vontades e interesses e substituí-los por “normas e objetos de trabalho alheios (estranhos) a eles” (CAMPOS, 2007b, p. 23). Nesse sentido, a base da RGH seria a concentração de poder, o autoritarismo presente como “marca central” nas organizações modernas ou pós-modernas; mas revestido, muitas vezes, “com palavras doces – parceria, integração, desenvolvimento de RH, flexibilização” (CAMPOS, 2007b, p. 23). Assim, esse centro duro de poder expressa alguns princípios do Taylorismo: “limitar a autonomia e a iniciativa do trabalhador” e separar um trabalho “intelectual” do “braçal” (TAYLOR, 1960 apud CAMPOS, 2007b, p. 24).

De acordo com Campos (2007b, p. 37) existe “uma tradição gerencial voltada para transformar o sujeito trabalhador em um maquinismo regulado por uma programação heterônoma, estranhas a ele”. Essa tradição se consolida a partir da “gerência científica”, que fragmentou o processo de trabalho propondo a separação entre os momentos de planejamento, concepção e direção e também definiu em estudos científicos o melhor modo de desempenhar certas ações no trabalho. Fundamentada na ciência positivista, a administração se tornou uma máquina para “realizar uma virada na educação para o servilismo e para a mediocridade”

(CAMPOS, 2007b, p. 30), cuja base pedagógica é a autoridade estabelecida pelas diferenças na hierarquia burocrática. Na hierarquia há classes que podem demitir, tomar decisões, planejar, e há classes “educadas para o medo, para o culto do bom comportamento, da adulação e do servilismo; para a valorização do silêncio; enfim, para a suposição de que não saberiam nem poderia vir a saber” e para a “renúncia e dimensões importantes do próprio desejo e interesse em nomes não do paraíso, mas da sobrevivência pura e simples: manutenção de um emprego, de uma renda básica, de uma carreira, ainda que lenta e sofrida, etc...” (CAMPOS, 2007b, p. 31).

Produzir intervenção nas organizações públicas pode ser um caminho para a democratização do espaço público, como um local que produz não apenas postos de trabalho, mas sujeitos livres e comprometidos para “superar o narcisismo e o egoísmo hoje estimulados pelo mercado” (CAMPOS, 2007b, p.182). Investir na democratização das organizações públicas é resistir a certo modo de gestão hegemônica nos sistemas públicos. Nesse sentido, “o que caracterizaria uma Organização Pública seria a cogestão e não o fato de ser estatal, privada ou não governamental” (CAMPOS, 2007b, p. 182). Existem muitas propostas de mudanças, mas na prática “o âmbito dessas mudanças tem sido muito restritos” (CAMPOS, 2007b, p. 24). Um exemplo dessas novas abordagens é a “atenção gerenciada” (*Managment care*) que propõem o gerente como o responsável pelo gerenciamento da clínica, que “por meio dos minuciosos protocolos – padronização de condutas diagnósticas e terapêuticas -, controlam e determinam o que fazer no cotidiano dos trabalhadores” da saúde (CAMPOS, 2007b, p. 26).

O termo cogestão parte das experiências de autogestão pedagógicas de Lourau (1993). Para Lourau (1993) propor um espaço autogerido, em que se dilui a figura do gestor e se constrói coletivamente outro modo de funcionamento, não é fácil. Não seria possível desconsiderar que os espaços de autogestão mentem relação com todo o sistema no qual está inserido e que são atravessados pelos movimentos instituídos. Nesse sentido, Lourau suscita e funda a ideia de cogestão para afirmar a possibilidade de construir graus de autonomia em espaços de autogestão a partir de um coletivo que decide junto, participa e propõe outro modo de funcionamento, sem a pretensão de isolar tal espaço de autogestão dos conflitos e contradições que habitam um cotidiano cheio de heterogestão.

Campos (2007b) desloca o conceito de cogestão para o campo da saúde pública, construindo a partir dessas referências uma crítica à RHG no SUS. O método da roda e o apoio Paidéia são propostos por Campos (2007b) e qualificam o conceito de cogestão como uma diretriz para analisar e intervir nos serviços de saúde produzindo arranjos de democracia institucional e fortalecendo a capacidade das pessoas em sustentá-los coletivamente. Campos (2010) trata das práticas em saúde como um “neoartesanato”, colocando a área da saúde como um campo em que ainda há de se inventar outras formas de gerir e cuidar. Propõe, então, a partir da cogestão, que a corresponsabilização, a codecisão e a coanálise permeie as práticas de saúde, democratizando as instituições públicas, aumentando os coeficientes de autonomia dos trabalhadores e a capacidade de analisar e intervir coletivamente nos desafios cotidianos que atravessam os serviços. Cogерir seria se corresponsabilizar, coanalisar e codecidir, abrindo-se à influência do outro sem abrir mão das singularidades, seria criar movimentos de expressão dos conflitos e não suprimi-los (Campos, 2003).

Embora Campos tenha cunhado o termo, percebemos que a cogestão ganha nuance e destaques específicos nas obras de outros autores. Mori e Oliveira (2009) definem cogestão como um *exercício constante* expresso com a construção de arranjos coletivos, em que se vivenciam disputas de saber, de poder e tensionamentos. Cogestão para Costa (2013) consiste em fazer uma série de mudanças institucionais, mas a centralidade dessas transformações estaria na inclusão dos sujeitos. Oliveira (2012) já dá ênfase de que essa inclusão modifica o lugar institucional do gestor e altera o modo de inscrição da *função de gestão*. Para Guizardi e Cavalcanti (2010) a cogestão implica em trazer certa *porosidade* aos serviços de saúde em que se propicia a construção de uma rede reticular entre os serviços, as equipes, os usuários e os territórios, produzindo o efeito de articular o “dentro” e o “fora” do serviço. Gostaríamos de dar ênfase a essa aposta na cogestão como *diretriz* dos processos de trabalho, tendo em vista algumas características peculiares do campo de pesquisa.

O HGT, como será apresentado a seguir, foi “contagiado” pela proposta da PNH e aderiu à gestão participativa tendo como referência os princípios e diretrizes dessa política. Como discutido anteriormente a *cogestão dos serviços* é uma diretriz que serve para orientar *as práticas* no campo da saúde considerando gestão e cuidado indissociáveis. Consideramos que a produção de porosidade, o exercício constante de repensar a função gerente e de incluir trabalhadores e usuários nos processos de decisão são efeitos dentre outros que

apresentaremos adiante. Como diretriz, a cogestão instiga a construção de outros modos de fazer a gestão e a atenção na saúde, desestabiliza formas instituídas de dominação possibilitando outros modos de gerir mais democráticos e mais criativos (CAMPOS, 2007b; MORI; OLIVEIRA, 2009; PEDROSO; VIEIRA, 2009).

Diretriz que opera também pelo verbo transversalizar, ou seja, “traçar o eixo da diagonal que embaralha os códigos, colocando lado a lado os diferentes, liberando as diferenças de seus lugares dados” (BARROS; PASSOS, 2012, p. 241). Indagando os limites do *setting* clínico, em 1964 Guattari definiu transversalidade como a ampliação da comunicação intra e intergrupos em uma instituição (GUATTARI, 1964), o que implicaria em desorganizar as relações de poder instituídas e naturalizadas para abrir possibilidade de conexões outras (BARROS; PASSOS, 2012). Segundo Guattari (2004, p. 116 apud MORI; OLIVEIRA, 2009, p. 632) “transversalidade no grupo é uma dimensão contrária e complementar às estruturas geradoras de hierarquização piramidal e modos de transmissão que esterilizam as mensagens”.

Pensar a cogestão como uma crítica, como exercício, como o construir porosidade nos serviços nos instiga a afirmar que não existe uma fórmula para a cogestão. E dizer de transversalizar faz da diretriz cogestão um campo de experimentação que possibilita abrir processos criativo-inventivos muito mais do que aprisionar as equipes dos serviços em uma receita do *como fazer*. Nesse sentido nos parece importante lembrar que a construção de arranjos não garante a cogestão se tais arranjos não desestabilizarem as estruturas de poder dominantes e se o funcionamento do coletivo deflagrar em disputas de poder. Entretanto, dizer que não existe fórmula não significa dizer que não há direcionamentos e é assim que afirmamos a cogestão nesse trabalho: como diretriz ético-política para democratizar as relações no campo da saúde (CALDERON, 2013; LUBIANA, 2015; MORI; OLIVEIRA, 2009), uma diretriz estruturante de uma política que atravessa o território nacional e nos coloca num plano comum, nos *inter – essa* e nos desafia a pensar o quanto com essa aposta na cogestão nutrimos os movimentos de resistência à gestão hegemônica.

Gostaríamos de destacar a cogestão enquanto diretriz, visto que temos afirmado-a como meio de abrir processos e não para fechar em formas de fazer. Como uma diretriz a cogestão serve para nortear, balizar, indicar o *como fazer* e não determinar o *que* fazer. E esse “como” abriga diversas possibilidades que, nos espaços coletivos, vão ser inventadas de

acordo com as necessidades de cada serviço, cada situação, cada território, cada usuário. Nesse sentido as diretrizes da PNH são “orientações gerais e se expressam no método da inclusão de usuários, trabalhadores e gestores na gestão dos serviços, por meio de práticas como [...] a cogestão dos serviços [...] entre outras” (SANTOS FILHO; BARROS; GOMES, 2009, p. 604).

Como diretriz entendemos que a cogestão orienta os processos de gestão e cuidado na lógica de que ninguém governa sozinho, de que tanto o pensar quanto o fazer são construções coletivas e de que a gestão é um espaço de criação não exclusivo de especialistas, mas de todo trabalhador gestor do próprio processo de trabalho (LUBIANA, 2015; CALDERON, 2013). Provocaria, assim, “uma alteração na correlação de forças na equipe e destas com os usuários e sua rede social, o que favorece a produção/ampliação da corresponsabilização no processo de cuidado” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009, p. 13). De acordo com Calderon (2013) a capilarização dos processos, a descentralização e a construção coletiva são indicativos de que há em curso o exercício da cogestão. E pensá-la enquanto diretriz nos ajuda a afirmar a cogestão como um fazer *com* o outro e não *sobre* outro que, ao invés de nos aprisionar em velhas formas, orienta e norteia os processos de trabalho em um movimento criativo constante.

Na ausência de uma diretriz cada um se orienta por si mesmo. Cogestão enquanto certa aposta funciona como uma diretriz que nos orienta ao fazer coletivamente, não às ações individualizadas e burocráticas, mas a construir propósitos comuns entre gerentes que estão na base, ou seja, próximos dos serviços, e os gerentes centrais, mais próximos do governo, trabalhadores de diferentes áreas e usuários que vivem em diferentes territórios.

4. ENTRE O APOIO INSTITUCIONAL E A PESQUISA INTERVENÇÃO: EXPERIMENTANDO A CAMINHADA INSTITUCIONAL.

4.1 Sobre os transbordamentos da metodologia.

Caminhada: para muitos um exercício físico, mas para outros um ato político. Com a caminhada Gandhi desafiou o Império em um gesto de recusa calma e maciça de obedecer. Na Marcha do Sal saíram oitenta discípulos com Gandhi em direção às salinas de Sabarmati. Chegaram milhares ao litoral após 390 quilômetros percorridos em 44 dias. Em uma “epopeia coletiva” que ocupou o espaço público se expressou os valores políticos da caminhada, como protesto pra publicizar a imposição dos ingleses de altas taxações sobre o sal, a proibição de comercializá-lo ou de extraí-lo do mar para o uso próprio, injustiça sofrida pelo povo que não podia mais usufruir livremente dessa dádiva do mar. Cumprida uma caminhada pacífica, feita em ritmo de orações matinais, canções, do fiar o algodão e do escrever antes de dormir, já nas salinas, Gandhi “[...] anda em direção ao oceano, banha-se nele, volta à praia e executa solenemente diante das milhares de pessoas ali reunidas o gesto proibido: abaixa-se vagarosamente e colhe um pedaço de sal [...]”. Gandhi foi preso. (GROS, 2010, p. 197).

Caminhar é privilegiar as energias lentas da resistência, uma rejeição da rapidez, uma apologia à lentidão, em uma época que a velocidade das máquinas toma a cena em detrimento da cultura de produção artesanal indiana. Caminhar como uma atitude determinada em não cooperar com o consumo de produtos industrializados. Uma “força calma” e uma “luz densa” que denuncia e desloca o povo em uma atitude de crítica e manifestação contrária a essa forma de organização social. A caminhada promove o ideal de autonomia, a simplificação do gesto de protestar: “Um pé diante do outro, essa é a única maneira de ir para frente com as próprias pernas. Mas a isso se acrescenta o alcance político dessa simplicidade. Viver acima de suas necessidades, denuncia Gandhi, já é necessariamente explorar seu semelhante”. Caminhar “requer um esforço moderado, mas constante” e assim expressa uma dimensão de firmeza e resistência (GROS, 2010, p. 199).

Entre a Marcha do Sal e a caminhada institucional encontramos em comum que o caminhar torna público uma aposta política. Com a caminhada a Marcha do Sal ocupa o espaço público (GROS, 2010) em uma *ação com o outro* que critica as formas instituídas de opressão e nos propõem um convite de “pôr-se em movimento” em prol de outros modos de viver. Instituído, segundo René Lourau (1993), se refere ao *status quo*, a certo jogo de forças extremamente violento para produzir imobilidade. “O instituído era imóvel como a morte e sempre mau; o instituinte era vivo como um jovem, menino ou menina, e sempre muito bom”, entretanto, é necessário analisar o instituído e o instituinte e manter em vista níveis de contradições que compõem a instituição, sem julgamento imediato de valor que os associe ao bom ou mau (LOURAU, 1993, p. 12).

A caminhada institucional, então se faz entre o que está cristalizado, naturalizado e estabelecido como hegemônico e o que é considerado “novo”, “estranho” ou instituinte (LOURAU, 1993), trazendo à tona as contradições da engrenagem, os efeitos dos modos de fazer para fomentar movimentos de análise coletivos. Nesse sentido, a caminhada é *institucional*, não por circunscrever-se aos limites da instituição pesquisada, mas por operar entre o instituído e o instituinte que compõem os processos de subjetivação nos coletivos e nas organizações. Entre os movimentos instituídos e instituintes experimentamos, assim como Gandhi, certa dimensão política da caminhada (GROS, 2010) em que o próprio processo de pesquisa não apenas tornam a público os fatos e os conhecimentos, mas convoca o pesquisador e os participantes a se pôr em movimento de análise coletiva sobre a cogestão nos processos de trabalho, como uma “epopeia coletiva”, capaz de nos fazer deslocar e diferir de nós mesmos e fortalecer a democratização da saúde.

Segundo o dicionário Aurélio⁸ caminhada significa a “ação de caminhar, grande trato de caminho a percorrer, estirão, passeio grande”. Para o dicionário Michaelis⁹ a caminhada pode ser definida como “ação de caminhar, grande distância andada ou para andar a pé,

⁸ CAMINHADA. In: DICIONÁRIO do Aurélio Online - Dicionário de português. c2008-2016 Disponível em: <http://dicionariodoaurelio.com/caminhada>. Acesso: 01 Abr. 2015.

⁹ CAMINHADA. In: MICHAELIS, Dicionário de Português Online. Editora Melhoramentos, UOL – O melhor conteúdo. C1998-2009. Disponível em: <http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index.php?lingua=portugues-portugues&palavra=caminhada>. Acesso: 01 Abr. 2015.

jornada, passeio longo”. No dicionário inFormal¹⁰ encontramos que caminhada seria a “ação de caminhar, o caminho feito a pé, passeata, processo, percurso, trajetória”.

Interessa-nos dentre tantas, as definições de caminhada enquanto uma *ação de caminhar*, o “pôr-se em movimento”¹¹, certo *processo* pelo qual operamos. No site “Origem da Palavra”¹² caminhada é um termo cuja origem Celta *camminum*, deriva do Indo-Europeu *gam-* e significa “andar, caminhar, *deslocar-se*”. Escolhemos o termo *caminhada* institucional, então, pelo interesse em forjar um método de pesquisa-intervenção para o campo da saúde pública, um método que nos põem em movimento com os movimentos instituintes, que nos dê suporte para acompanhar os processos em curso na organização e nos deslocar, não geograficamente apenas, mas do lugar instituído de “neutralidade” e “cientificidade” do pesquisador.

Lembranças da graduação. Era mais uma manhã fresca de segunda-feira quando falamos da caminhada institucional pela primeira vez. Nós nos indagávamos durante a supervisão de estágio sobre como definir o nosso método de trabalho. Conseguíamos descrever como fazíamos, mas ninguém arriscava uma conceituação. Dizíamos: nós vamos às unidades de saúde toda semana, conversamos com os trabalhadores, tomamos café com biscoito, saímos nas ruas com as agentes comunitárias, fazemos grupos de humanização na secretaria de saúde, rodas de conversa e oficinas com os trabalhadores, mapeamos o território juntos, vamos a outras unidades ajudar nossos colegas nas regiões em que fazem apoio e outras tantas coisas. E em meio ao alvoroço daqueles que iam descrevendo certo fazer com o outro, ecoa uma proposta: podemos chamar isso tudo de caminhada institucional! Para muitos esse dizer caiu no esquecimento, outros nem ouviram a sugestão e passou batido, mas para nós aquela expressão martelava na cabeça e fazia pulsar essa indagação: que pode a caminhada institucional e como lhe dar consistência?

Aquela expressão “caminhada institucional” parecia uma pista a ser perseguida. Era uma provocação que nos instigava a caminhar, manter movimentos de experimentação

¹⁰ CAMINHADA. In: DICIONÁRIO InFormal. c2006-2016 Disponível em: <http://www.dicionarioinformal.com.br/caminhada/>. Acesso: 01 Abr. 2015..

¹¹ CAMINHAR. In: MICHAELIS, Dicionário de Português Online. Editora Melhoramentos, UOL – O melhor conteúdo. C1998-2009. Disponível em: <http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index.php?lingua=portugues-portugues&palavra=caminhar>. Acesso: 01 Abr. 2015.

¹² Ver: <http://origemdapalavra.com.br/site/palavras/caminhar/>

com o campo de estágio e colocá-los sempre em análise. Nosso trabalho não estava prescrito, haveríamos de avaliá-lo coletivamente durante o percurso. E embora naquela manhã de orientação de estágio a professora nos tivesse dado uma pista para construirmos um possível método até de pesquisa-intervenção, não nos empenhamos em teorizar, mas levamos conosco aquela indagação.

Manter-nos em movimento, caminhar... Assim rascunhávamos definições enquanto experimentávamos pela primeira vez a caminhada institucional em nossas idas e vindas com o campo de Cariacica/ES (Diário de Campo).

Somos coautores de certa experiência que atravessou o coletivo de estágio em Cariacica/ES durante a graduação; a caminhada institucional começa assim, martelando em nossas cabeças. Martelar como uma “ação radical que objetiva quebrar valores, conceitos e objetos” colocando em cheque a estabilidade e concretude da caminhada institucional. Numa recusa do nada como sinônimo de vazio, aproveitamos a oportunidade da ausência de prescrição para experimentar modos de fazer essa caminhada (PRADO FILHO, 2012, p. 157), nos disponibilizando a estar com os coletivos organizados para a democratização dos serviços públicos de saúde.

Encontramos, em nota de rodapé de um dos relatórios desenvolvidos pelo coletivo de estágio, registros dessa experimentação em que a caminhada institucional expressa certo modo de fazer apoio institucional como meio de intervir, produzir análises e conhecimento *com o território*:

O termo Caminhada Institucional se refere nesse texto ao andar pelo território atento às multiplicidades, aos acontecimentos, detalhes e nuances do território. Não se trata de uma simples visita no equipamento de saúde, mas de uma aposta em sair de espaços formais e do lugar de especialista para estar *com o território*, e a partir da construção de vínculos de parceria com os profissionais e usuários (con)fiar a produção de saúde nas tramas do cotidiano (SILVA; SILVA; SAMPAIO, 2013, p. 3).

Como pode a caminhada institucional operar como um método de pesquisa-intervenção? Já no mestrado damos continuidade aos esboços feitos durante a graduação, mas agora experimentando esse andar *com o território* a partir de outro lugar: a gestão colegiada no HGT em Natal/RN. Buscamos os contornos possíveis e necessários para operar com a caminhada institucional na produção de conhecimento, mas “não sabemos tudo, não podemos tudo” e nós não carregamos conosco essa pretensão (GROS, 2010, p. 198). O caminhar como método que

transborda nos foi como o caminhar para Gandhi um meio de “reconhecimento sereno de nossa finitude [...] e esse reconhecimento nos confere nosso verdadeiro lugar, ele *nos posiciona*” (GROS, 2010, p. 198) entre a pesquisa-intervenção e o apoio institucional.

O apoio institucional, assim como a pesquisa-intervenção, traz consigo conceitos da Análise Institucional Francesa, da década de 60/70, e Latino-americana da década de 80, que tem uma aposta radical no “ato político que toda investigação constitui” (ROCHA; AGUIAR, 2003, p. 67). Nesse sentido, a pesquisa-intervenção propõe-se (in)tensionada, ou seja, ela está na trama do campo exercendo forças com outras forças, o que significa primeiro admitir que qualquer pesquisa, mesmo que não deixe claro, está (in)tensão e segundo assumir em que direção se faz essa tensão. Com isso o objetivo não é desvelar uma realidade dada, não é levar o “conhecimento acadêmico” para solucionar problemas da “comunidade popular”, mas sim “interrogar os múltiplos sentidos cristalizados nas instituições” (ROCHA; AGUIAR, 2003, p. 17).

Compomos a caminhada institucional como uma opção metodológica entre a pesquisa-intervenção e o apoio institucional para acompanhar os processos em curso na instituição e em torno dela. Dessa forma, trazemos como herança o interesse na dimensão processual da cogestão junto à experiência concreta dos coletivos, tendo em vista que “Toda forma é precária, pois depende de relações de força e de suas mutações” (DELEUZE, 2008, p. 139). Fazemos uso da caminhada institucional, nesse sentido, para acessar certas relações de força e suas mutações quando adentramos ao hospital sem a pretensão de apreender “o modelo” da gestão participativa.

Não adentramos ao hospital como *visitantes* que exploram os cantos da instituição para supervisioná-la ou avaliá-la, ou como *estrangeiros* cujo objetivo é coletar dados preciosos para si, e nem para compará-la com outras instituições. Como uma pesquisa-intervenção, temos em vista que a nossa inserção nos movimentos e o nos movimentar junto com os coletivos é *transformar para conhecer* (ROCHA; AGUIAR, 2003), a fim de acessar não os tradicionais “dados informacionais em detrimento dos processos em jogo” (TEDESCO; SADE; CALIMAN, 2013, p. 305). Queremos diferir a partir dos encontros possíveis, transformar-nos com o outro, e nessa dimensão processual ressignificar nossa compreensão sobre o que se trata a cogestão em ato.

Diferir (PASSETTI, 2012, p. 82) como princípio para nossas caminhadas nos conduziu a abertura e apropriação do instante presente, rompendo “com modelos e modulações” de abordagens metodológicas positivistas. Nesse sentido, como afirma Passetti (2012, p. 82) o diferente “Não detém o percurso navegável e a ser encontrado. É paciente a espera de situações propícias para seguir viagem”. Estar no hospital era estar disponível para diferir de nós mesmos, e a partir dos encontros possíveis seguir viagem pesquisando e intervindo entre o instituído e o instituinte que compõem os processos de trabalho no HGT.

Era uma tarde quente. Caminhávamos pelo corredor quando indaguei para o grupo se poderia participar daquela reunião enquanto pesquisadora. Instantaneamente a apoiadora disse: “Claro!” Continuamos, então, subindo as rampas.

As luzes batiam na janela, esquentavam as paredes e aqueciam todo o percurso, enquanto o grupo conversava sobre os motivos daquele encontro e indicava que era uma situação muito delicada. Aos poucos fomos percebendo certo desconforto e começamos a nos estranhar. Ter um pesquisador na reunião parecia seguir um tom de ameaça, mas mantemos a dúvida em suspensão em prol da atenção aos movimentos do grupo. Foi quando a apoiadora se voltou para mim dizendo que achava melhor que não participasse. Por unanimidade o grupo em que caminhávamos entrou em um consenso de que a presença de uma pessoa de fora, ainda mais no lugar de pesquisadora, poderia colocar em risco a confiança que as apoiadoras estavam tecendo com aquela reunião.

Ali, na recusa do “autoconvite” feito pela pesquisadora, a questão não estava em torno de um receio em tornar público os conflitos vivenciados, mas sim, do necessário cuidado para fortalecer relações de parceria, o que nos faz pensar que na caminhada institucional nem sempre seguir em frente, seguir viagem, é fazer o que se planejou. “Interditada” pelo grupo a participar de uma reunião formal, mas instigada a me pôr em movimento de reflexão sobre a importância do cuidado em construir relações de confiança na cogestão. Nesse encontro percebi que a cogestão opera pela inclusão do outro, sim, mas a partir da análise de correlações entre forças e, sobretudo pelo cuidado com a valiosa oportunidade de tecer confiança entre os trabalhadores, gestores e apoiadores para fortalecer os processos de trabalho. (Diário de Campo)

Um convite de “abertura do corpo ao plano coletivo das forças” (Pozzana, 2013, p. 323). Desviarmos-nos do nosso próprio roteiro planejado, traçamos novos percursos avaliando-o junto com os participantes e assim temos a oportunidade de construir relações de parceria. Ouvir “não” nos convocou a confiar junto, pois temos clareza de que tradicionalmente este personagem pesquisador que assume o lugar de “neutralidade” é chamado aos serviços para avaliar, julgar e indicar problemas e soluções, produzindo medo e desconfiança nas equipes. Não é isso que fazemos e queremos com a caminhada institucional, não são esses efeitos que esperamos com a nossa pesquisa. Assim, no cotidiano de trabalho “aprendemos a ser afetados por diferenças que anteriormente não [podíamos] registrar” (LATOUR, 2007, p.42) afirmando-nos como pesquisadores que constroem o caminho de pesquisa *com* os participantes. E nessa interface, mudamos nossos projetos, nossas perguntas e até mesmo o delineamento do nosso objeto nos encontros possíveis com a cogestão em ato.

4.2 Sobre o processo de pesquisa: como operamos com a caminhada institucional?

Entre limites e potencialidades fizemos na Caminhada Institucional exercícios de construção de certa autonomia, nos conectando *com o território*, orientados pela vontade de nos aproximarmos da dimensão cotidiana da vida. Ao invés de trilhar rotas turísticas de hotéis, táxi, e outros serviços prontos para o consumo, optamos por percorrer as alamedas, vivenciar o transporte público, nos repousar em moradia de bairros da região. Pretendemos o exercício de uma autonomia que não se faz sozinho ou por independência, mas sempre em relação *com* o outro, num processo de coconstrução e responsabilização (PASSOS; PALOMBINI; CAMPOS, 2013), o que nos instigava a produzir e experimentar relações de parceria e amizade a partir dos encontros possíveis durante o percurso da caminhada institucional.

Se nós estamos pesquisando no campo da saúde em Natal, por que não nos aproximar do dia a dia das pessoas que moram na cidade, que usam ou não usam os serviços de saúde, e compartilhar de nossa pesquisa com elas? Nesse sentido estivemos durante a primeira etapa da pesquisa, entre os dias 13 e 23 de junho de 2015, em contato com moradores da Vila de Ponta Negra; no segundo momento, entre os dias 3 e 20 de outubro de

2015, estivemos com moradores do bairro de Nazaré. Entre pessoas que não nos conheciam, mas que nos receberam em suas casas de portas abertas, experimentamos o caloroso acolhimento quando, durante o café, o almoço, o jantar ou passeios, nossos anfitriões teciam comentários sobre a saúde pública potiguar ou quando nos faziam alguma pergunta sobre o processo da pesquisa no hospital. Não nos receberam com indiferença, mas demonstravam interesse e curiosidade sobre o que nos levou até aquele lugar, até a nossa questão de pesquisa.

A caminhada institucional começa em Vila de Ponta Negra. Conversamos sobre a saúde pública em Natal ao sabor do pão torrado e do café. O noticiário fala das pessoas que morrem nos corredores dos hospitais, das filas na unidade de saúde, que não tem remédio para todos; políticos são denunciados por quadrilha em desvio de verba. “Como seria possível ter um hospital referência em alguma coisa em Natal?” Nos pergunta nossa anfitriã. Mais do que responder, ou explicar, compartilhei que era importante levar essa questão comigo e dividi-la com os trabalhadores.

Terminado o café tomamos o ônibus rumo ao HGT. Nossa anfitriã fez questão de nos acompanhar até o hospital assegurando a nossa chegada. Embora ela aproveitasse a ocasião para ir ao Alecrim comprar materiais para forjar arte em prata, era a primeira vez que chegara ali por causa do HGT. Enquanto o hospital se tornava uma referência de localização para nós, íamos ampliando nosso campo de contato com a cidade e construindo reflexões para compreender o porquê do HGT ser uma referência para o nosso estudo.

Quando o motorista nos avisou que poderíamos descer no próximo ponto, despedi-me da companheira de viagem. Saindo do ônibus, ouço uma voz dizendo “você vai pro Giselda? Estou indo pra lá”. Um convite acolhedor que nos instigou a pensar se não seria esse acolhimento à primeira vista um efeito da cogestão sobre o modo de lidar com o outro? Pergunto se ela é trabalhadora do hospital e ela afirma que sim e já emenda perguntando novamente “você é uma nova estagiária?” Digo que mais ou menos, afinal fico confusa com o lugar que ocupo nessa pesquisa: ora pesquisadora, ora me sinto trabalhadora, ora me sinto militante, ora me sinto simplesmente Alice. De fato aquele encontro no ônibus já me provoca uma intuição de que o HGT abrigava processos de diferir que o fazia referência para os outros serviços e para o nosso estudo.

Passado alguns dias estávamos no Núcleo de Educação Permanente (NEP) “descansando” após o almoço e decido compartilhar dessa indagação com os que ali estavam presentes: Como podemos considerar o HGT uma experiência de referência? “É comum considerar algo como referência quando esse algo é perfeito, sem erros, um modelo ideal”, explica uma apoiadora. E ela continua e passamos a entender que não estamos falando desse tipo de referência romantizada ao falar da experiência de cogestão do Giselda Trigueiro. Há controvérsias no contexto político da cidade, há conflitos de modelos de gestão na rede, mas a despeito das dificuldades existe um coletivo de trabalhadores que sustenta um projeto de vida no HGT, que acredita e exercita a reinvenção do serviço.

Quando o hospital consegue se reinventar, propondo outro modelo de gestão, e ainda oferecer suporte para outros serviços a partir dos seus próprios avanços, ele se torna referência. E, de fato, nós ouvimos dizer que em certa madrugada de um final de semana houve uma queda de energia em Natal. Outro hospital público ligou para o HGT pedindo ajuda, pois o gerador estava sem lubrificação e por isso não conseguiam ligá-lo, colocando em risco a vida das pessoas que naquele momento dependiam de aparelhos. Graças a um gerenciamento coletivo o HGT tinha óleo excedente reservado, garantindo o funcionamento não apenas de si mesmo, mas possibilitando relações de parceria e solidariedade também com outro ponto da rede. Nesse sentido, o HGT não é uma ilha de referência “ideal”, mas se faz referência porque seu modo de funcionamento construído coletivamente tem trazido efeitos de autonomia, ampliando relações de parceria com os processos de trabalho e na relação com a rede. (Diário de Campo)

Consideramos que esse processo de analisar o “status” de referência que foi agregado ao HGT, disparado durante o café da manhã, nos foi possível a partir do caminhar enquanto método em que “Entra-se em contato com as pessoas no âmbito cotidiano de sua vida: margeia-se o campo onde elas trabalham, passa-se diante de sua casa. Para-se e conversa-se. Caminhar é o ritmo certo para compreender, sentir-se próximo” (GROS, 2010, p. 200). Durante a caminhada institucional, paramos, conversamos e traçamos rotas de compreensão a partir do sentir-se próximo da vida das pessoas, do ouvir as inquietações do outro e do tomá-las para si como objeto de análise do próprio percurso. E o que contorna o percurso “É tão somente a vontade que comanda e não aguardamos por nenhuma outra imposição que não a nossa própria coação” (GROS, 2010, p. 200). Falamos de uma vontade que atravessa o

encontro, não sendo essa vontade categoria sentimental e intimista do pesquisador, mas uma vontade que parte das possibilidades entre o pesquisador *com* o território.

Permitimos-nos fazer a caminhada institucional usando o transporte coletivo, as próprias pernas ou pegando carona. Os ônibus como espaços em movimento em que inclusive encontramos trabalhadores chegando ou partindo do hospital, em que tivemos nosso corpo e nossas reflexões acolhidas em uma poltrona em dias de chuva ou de sol que passamos manhã, tarde e um pouco da noite no hospital. Permitimos-nos chegar ou voltar do hospital às vezes a pé, e no caminho íamos aprendendo outras referências no território: a farmácia, o mercadinho, que nos possibilitou experimentar rotas cujos limites eram a nossa vontade, o desgaste na sola do sapato, o cansaço do corpo, ou a linha do trem na cidade, que ora nos servia de norte nos indicando a direção, ora nos apontava que há trechos estreitos onde não nos convinha passar. Ganhamos carona, às vezes, aproveitando para conversar sobre a cogestão no hospital, o programa de visita aberta, o conceito de autonomia, as resistências à gestão colegiada, sobre a cidade de Natal, sobre a greve dos servidores, sobre música, praias, família.

Não estamos procurando um “objeto” dado, mas experimentando “caminhos para criação de um estilo próprio a ser experimentado, bem como um exercício ético que trás a liberdade de pensamento para afirmar uma ciência que se faz no encontro com a arte de viver” (LAZZAROTO, 2012, p. 103). Entendemos que agir eticamente é uma ação singular e aberta às relações, não amparada por “normas que funcionam como formas *a priori* impostas do exterior à ação” (ESCÓSSIA; TEDESCO, 2012, p. 106).

Mi planteamiento iniciales que la ética se aproxima más a la sabiduría que a la razón, más al conocimiento de lo que es ser bueno que a un juicio correcto en una situación dada. Otras personas comparten esta preocupación, ya que al parecer el foco de atención se ha desplazado de los temas meta éticos a un debate mucho más vigoroso entre aquellos que exigen una moral crítica independiente, fundada en principios que nos indican lo que es correcto, y aquellos que plantean una ética fundada en un compromiso activo desde una tradición que identifica lo bueno. (VARELA, 1996, p. 2).

Tendo em vista que a caminhada institucional é um método de pesquisa nada tradicional, nos apoiamos em um compromisso ativo com os encontros, em que delineamos os processos de pesquisa mais pela “sabedoria” do que pela “razão científica” (VARELA, 1996). Os procedimentos éticos recomendados pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/12 (BRASIL, 2012) funcionaram para nós como certo suporte teórico-metodológico para o processo de apresentação formal do projeto à Plataforma Brasil, mas a nossa compreensão é

que ética não é “coisa de especialista” e não se faz pelo cumprimento de tabela. Nesse sentido, tomamos o cuidado necessário para cumprir com todos os procedimentos éticos em pesquisa de acordo com a Resolução CNS 466/12, tendo em vista sua aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo, sob o parecer de número 1204356. Mas, a partir da autorização da pesquisa por meio da Carta de Anuência assinada pela direção do hospital e da aprovação na Plataforma Brasil, nós assumimos o compromisso ativo *com* os encontros possíveis como base para a pesquisa. Desde quando fomos acolhidos pelo NEP, que nos indicou a reunião do Colegiado Ampliado como oportunidade para nossa entrada no HGT, até o momento da escrita dessa dissertação, nós caminhamos orientados por esse compromisso ativo.

No dia 15 de junho de 2015 acompanhamos a reunião do Colegiado Gestor Ampliado (ColGA) e fomos apresentados pelo diretor geral aos trabalhadores. O diretor pediu que compartilhassem conosco as agendas das reuniões dos Colegiados das Unidades de Produção (ColUP) e dos trabalhadores que quisessem participar da pesquisa. Depois da reunião, quando saíamos da sala e íamos para o NEP, fomos abordados por uma trabalhadora da Unidade de Pediatria que nos convidou para conhecer o colegiado e a equipe. Em alguns momentos fomos convidados, mas em outros momentos nós pedíamos para participar de algum *espaço formal* de reunião para o qual não éramos convidados, mas que achávamos interessante estar para experimentar a engrenagem da cogestão no HGT.

Mas nossa vontade era não nos restringir aos espaços formais. Quando o trem passava às 8h ou às 14h trepidando as paredes do hospital, sabíamos que iria começar algum encontro em algum canto e nos colocávamos a caminho, pelos corredores, para conhecer as diferentes unidades e como trabalhavam na cogestão. Por vezes nós íamos às unidades, apresentávamos a pesquisa e pedíamos uma entrevista, por exemplo, como estratégia para conversar sobre como aquela equipe estava experimentando a cogestão.

E foi nessas idas e vindas que encontramos o Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD), numa sexta-feira por volta de 17h, quando a equipe acabara de chegar de uma visita à residência de um ex-paciente do HGT. Durante a entrevista, bem como em qualquer outro momento da caminhada institucional, nos preocupávamos com os efeitos das nossas perguntas e de nossas intervenções. Dessa forma, quando perguntávamos sobre os desafios, ao perceber a ênfase da trabalhadora nos impasses buscávamos provocar desvios nos discursos a partir de

um exercício clínico¹³, indagando também sobre como o coletivo construiu saídas para as adversidades relatadas.

Nem sempre encontrávamos alguém disponível para conversar, mas só de ouvir o trem para nós era um anúncio de que, assim como o trem era conduzido pelos trilhos, havia certo movimento no HGT em que se apostava na cogestão como fio condutor para democratizar os processos de trabalho. E assim geralmente estávamos no hospital de segunda à sexta, entre 8h às 17h, seja participando de alguma reunião formal, seja conversando com alguém no corredor, seja observando os movimentos ou entrevistando algum trabalhador, seja escrevendo nosso diário de campo no NEP, próximo às escadas ou até mesmo na portaria do HGT. Mas durante esse momento da pesquisa, especificamente, as entrevistas e as reuniões nos colegiados foram o nosso meio de acessar as pessoas e experimentar a cogestão durante o processo de pesquisar. Desse modo, entre os dias 13 e 23 de junho de 2015 realizamos o que entendemos como uma etapa exploratória em que fizemos entrevistas formais e anotações no diário de campo como suporte para delinear o problema de pesquisa. E assim, a partir das questões que registramos a partir dos encontros possíveis, consideramos que o problema de pesquisa dessa dissertação assume como coautores os próprios participantes, pois em vários momentos indagamos se nossas questões formuladas faziam sentido e se os participantes achavam que poderia ser modificada em algum aspecto.

As entrevistas foram feitas não como “um procedimento para coleta de dados, mas sim para a ‘colheita’ de relatos que ela mesma cultiva” (TEDESCO; SADE; CALIMAN, 2013, p. 307). Entrevistamos 12 trabalhadores, dentre os quais estão gerentes, psicólogo, farmacêutico, médico, fonoaudiólogo, assistente social, apoiadores e diretores a partir de um questionário semiestruturado (APÊNDICE A). O questionário funcionou como um roteiro norteador para as entrevistas, podendo tanto o participante quanto o entrevistador incluir questões que ambos considerassem pertinentes durante a conversa. As entrevistas foram registradas em áudio, transcritas e guardadas, tendo em vista manter absoluto anonimato e sigilo acordado no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B).

¹³ Amorim (s/d) afirma que o termo Clínica com “K” é uma criação de Barembilit, inspirada no filósofo Demócrito, cujo significado seria provocar desvios. Tradicionalmente a clínica tem se apoiado no sentido de debruçar-se sobre o paciente, entretanto, Clínica se refere à produção de desvios nos modos instituídos. Escolhemos esse termo, então, por uma opção teórica-prática para expressar que não nos debruçamos sobre um objeto passivo, mas buscamos produzir desvios com os entrevistados.

Para definir os participantes das entrevistas tivemos em vista o uso da técnica bola de neve (SANTOS FILHO, 2007). Essa técnica consistiu em selecionar os participantes a partir de indicações feitas ao longo da experiência de pesquisa, enquanto se caminhou pela instituição para conhecê-la, no acompanhamento de reuniões e de conversas formais e informais. Assim, o critério de escolha dos participantes das entrevistas foi *ser indicado como colaborador*, como sujeitos que de algum modo fossem apontados *pelo próprio campo* como estratégicos para a realização da pesquisa. A partir desses critérios, tínhamos em vista a participação de pelo menos três sujeitos da pesquisa nas entrevistas, mas considerando a possibilidade de variação desse número a partir da técnica bola de neve (SANTOS FILHO, 2007) entrevistamos 12 trabalhadores, tendo as entrevistas duração entre 20 a 40 minutos.

O diário de campo, embora tenha sido usado também na etapa exploratória, nos foi muito importante durante a segunda etapa do processo de pesquisa, em que construíamos os resultados junto com os trabalhadores e definimos contornos da dissertação. Essa etapa aconteceu entre os dias 3 e 20 de outubro de 2015, momento em que, com um pouco mais de prática no diário de campo, nos sentimos confiantes em nossa escrita para acompanhar a densidade dos processos e cuidar para expô-los ao público de forma ética. Assim, pudemos compartilhar com os trabalhadores as análises e os questionamentos que escrevíamos no diário de campo durante conversas informais que tínhamos nos momentos *entre* reuniões, dando sempre ênfase aos *processos* em curso.

O nosso diário de campo se aproximou do diário total descrito por Barbosa (2010), em entrevista com Remi Hess. Professor no Colège de Liceu em Paris VIII, Hess desenvolveu práticas de escrita de diário de campo junto com os estudantes e toma como exemplo as experiências da vida docente para explicar que é possível fazer um diário total, embora o autor ache mais interessante os diários centrados sobre objetos específicos, como esclarece o trecho a seguir:

Então, aqui também se pode fazer um [diário] total sobre a vida da sala de aula, no qual se fala, por exemplo, dos problemas disciplinares, dos problemas didáticos, dos problemas de psicopedagogia com os alunos, misturando-se, portanto, tudo, mas pode-se fazer [diários] organizados sobre uma questão particular. [...] Quanto mais um [diário] está centrado sobre um objeto, mais, a meu ver, ele é interessante, isto é, mais ele é um [diário] maduro (BARBOSA, 2010, p. 84).

Como um diário imaturo, e, portanto potente para a experimentação da caminhada institucional, nos propomos ao exercício de “uma escrita instituidora [...] uma escrita

implicada, onde podemos dizer a nós mesmos: não seremos julgados” (BARBOSA, 2010, p. 97). No diário total, imaturo, vimos um solo fértil em que tudo cabia e escrevemos sobre a viagem para Natal, sobre as casas que nos acolheram, sobre os passeios nas praias de Pipa, mas também sobre as reuniões com os apoiadores, com diretores, com os colegiados das unidades, com o colegiado ampliado e com os acompanhantes e usuários, os encontros nos corredores do hospital e na secretaria de saúde, e tudo quanto nos trouxesse à experiência de encontro com a cogestão no HGT. Encontro que não se limitava aos fatos e acontecimentos que se passavam na instituição, fazendo com que a caminhada institucional se estendesse aos percursos traçados na cidade. Essa flexibilidade favoreceu a potência de criação de textos que articularam cenas, afirmando os momentos de lazer como momentos em que foi possível construir a sensação de compreensão sobre a experiência de encontro com a cogestão:

“Você não se colocou como uma estrangeira ou como um explorador que vem ao hospital, pega as informações e vai embora.” Nesse momento me lembrei de uma cena: praia do madeiro na região de Pipa. Saio do mar e admiro a altura e o colorido das falésias, a água cristalina e morna, a areia branca e de textura fina e a brisa da chuva que vinha do mar. Como guardar aquele momento? Me abaixo para tocar o chão, aumentar minha superfície de contato com esse chão em que caminho e me despedir daquela experiência de deslumbramento. Foi quando encontrei uma pedrinha e quis guardá-la como lembrança. Pensei em levá-la para o ES.

Coloquei-me na canga junto da pedrinha enquanto o sol, gentilmente entre as nuvens, nos secava sem nos castigar com sua força. Preparando-me para ir pra casa olho para a pedra, pego ela na mão e sinto como o sol a aqueceu e como ela faz parte daquela paisagem. Então, em uma sensação de compreensão concluí que não iria levá-la comigo e que o lugar da pedra era ali mesmo. A experiência dessa viagem se inscrevera no corpo e de Natal não precisava carregar mais nada além das experiências corporificadas. Não sou colonizadora. Então lancei a pedrinha ao mar.

O fato é que eu não me senti como estrangeira e nem exploradora de dados no hospital e mantive a preocupação em dar um retorno àqueles que me acolheram nessa experiência de deslumbramento. Não como colonizadora, que caminha pelo novo para extrair-lhe pedrinhas para si. Como compositora de experiências, de textos, de questões, de

contos, de música, de vida, que não pretende apreender o campo, mas compor nos encontros experiências possíveis.

Então, por um lado eu sentia que estava “cultivando experiências” e questões com o campo, tão válidas em termos de pesquisa quanto à “coleta de dados” nos termos estritos da ciência positivista. Por outro lado me sentia acolhida o suficiente para confiar as análises que me provocavam em todo o tempo, com cautela, mas sem pudor. Além disso, a partir do cultivo dessas experiências percebi que produzir análises faz parte da cogestão nos processos de trabalho no HGT. Isso me fez sentir que, como pesquisadora, simplesmente entrei numa roda que já estava girando e que nesse encontro com a roda já não era o pesquisador e a roda, mas o pesquisador-com-a-roda no movimento de fazê-la girar. (Trecho retirado do Diário de Campo, 23/06/15).

As pequenas anotações se constituíram como material para a produção de memórias ricas em que tínhamos oportunidade de posteriormente retornar a fim de fazer "um texto mais aprimorado, mais acadêmico, daquela escrita, que iniciou de maneira pessoal e passou para uma escrita mais formal, como trabalho de curso" (BARBOSA, 2010, p. 94). Como apresentamos acima, o nosso diário de campo contribuiu para ruminar os encontros com a cogestão ao longo do processo de pesquisa, facilitando, por exemplo, a produção de análises a partir de insights vivenciados na praia, na rua, no ônibus, que nos instigaram a escrever no diário mesmo quando o cansaço nos fazia pensar em parar.

Partes do diário foram compartilhadas com os trabalhadores durante o percurso da caminhada institucional, como por exemplo, um trecho escrito sobre o apoio institucional e outro escrito sobre a entrada de estagiários no HGT, que apresentaremos mais a frente. E os trabalhadores puderam intervir no texto, ora fazendo proposições sobre temáticas a serem mais bem esclarecidas, modificadas ou excluídas, ora sendo convidado a simplesmente avaliarem o sentido da escrita, o que provocava um movimento de inclusão, participação e corresponsabilização dos trabalhadores com as análises para a construção dos textos.

A participação nas reuniões de colegiado, no grupo de formação de apoiadores e de acompanhantes também era combinada com os grupos no início das reuniões. Mas sem necessariamente agendar todas as participações, salve as reuniões do colegiado ampliado, a única reunião agendada com antecedência. As outras participações eram combinadas um dia

antes ou no início das reuniões, indagando diretamente a todo grupo. É fundamental destacar que já houve um debate no hospital sobre o acolhimento de estudantes nos espaços de colegiado, inclusive como parte da cogestão, então, nem sempre era necessário pedir autorização para participar de algum espaço, sendo suficiente se apresentar enquanto estudante da Cogestão no hospital e avisar o propósito de estar ali para acompanhar a reunião.

Ficávamos na expectativa de nos convidarem a participar dos espaços. Mas não a mercê desse convite, pois se não nos convidassem nós nos oferecíamos a participar. Em alguns momentos negaram, quando avaliavam que a presença da pesquisadora poderia inibir algum trabalhador, em situações de conflito. Consideramos que eram momentos em que nós precisávamos construir laços de confiança com os trabalhadores e assim, participar ou não era motivo de afetação. Afetação aqui se refere à ação e não a um sentimentalismo provocado por “forças interiores” ou por um “si próprio”, mas pela articulação. Afetação no sentido daquilo que te desloca para outro campo existencial, produzindo novas experiências no encontro com o outro. Então, participar ou não era motivo de escrita e reflexão.

4.3 Nem validar, nem devolver: por um exercício cogestivo pesquisador-com-a-roda.

Podemos afirmar que a pesquisa passou por um processo de validação? Depende, pois não quisemos nem validar nem devolver segundo certo jogo de produção da verdade.

Quando digo ‘jogo’, me refiro a um conjunto de regras de produção da verdade. [...] é um conjunto de procedimentos que conduzem a um certo resultado, que pode ser considerado, em função de seus princípios e das suas regras de procedimento, válido ou não, ganho ou perda (FOUCAULT, 1984/2004, p. 282 apud TONELI; ADRIÃO; CABRAL, 2012, p. 145).

Mas consideramos que a pesquisa passou por um processo de avaliação a partir do momento em que foi “digerida” pelo Colegiado Ampliado operando com os princípios da própria cogestão que é o nosso objeto de estudo. Então, fizemos desse momento com o colegiado um espaço de compartilhamento de análises e tomada de decisão em que quisemos delinear coletivamente os rumos da dissertação. O ponto de vista do pesquisador foi colocado em questão com o colegiado, em prol da produção de um sentido comum ao coletivo, como parte do exercício de cogestão que vivenciamos nessa pesquisa. Os “resultados” não estavam

definidos e categorizados, mas trouxemos nossas observações e colocações como expressão desse encontro com a cogestão, sem lhes atribuir o caráter de verdade. Assim buscamos cuidar da composição dessa experiência de cogestão muito mais do que “sentenciar” se a pesquisa foi válida ou não sob parâmetros técnicos.

Mas por que optamos por outro termo que não “validação” ou “devolutiva”? Ora, entre a tradicional validação e certo tipo de devolutiva existem sentidos arraigados que não nos ajudariam a trazer o aspecto experiencial da caminhada institucional. Validar é uma tradição positivista herdada pelas pesquisas qualitativas, associada à ideia de determinar se o estudo “de fato mede verdadeiramente o que o pesquisador propôs-se a medir, se seus processos metodológicos são coerentes e se seus resultados são consistentes.” (OLLAIK & ZILER, 2012, p. 232). Já na devolutiva existe uma ideia de que “o conhecimento se dá a partir da experiência do pesquisador”, que este deve ter responsabilidade em preservar as expressões dos sujeitos e evitar distorções para, só então, devolver e “empoderar” os sujeitos-participantes (MAURENTE, 2012, p. 110; SVERZUT et al., 2014). Não estariam a validação e a devolução impregnadas pela prerrogativa de evitar desvios e colocar o intelectual como agente de emancipação social a partir da produção do conhecimento verdadeiro?

Entendemos que o nosso papel enquanto intelectuais é “lutar contra as formas de poder exatamente onde ele é ao mesmo tempo o objeto e o instrumento: na ordem do saber, da ‘verdade’, da ‘consciência’ e do discurso” (FOUCAULT, 2006, p. 132). Há necessidade de construir “novas vias de expressão e invenção de si” (MAURENTE, 2012, p. 110) e nesse sentido esse processo de avaliação realizado no Colegiado Ampliado, desvinculou nosso “experimento” dos “métodos de verificação de hipóteses” tradicionais, nos convocando a avaliar por outros caminhos como a pesquisa foi conduzida nessa experiência de cogestão (LAZZAROTO, 2012, p. 101). Caminhos que dessem passagem ao plano coletivo da experiência para fazer dessa dissertação uma construção coletiva, uma expressão da própria cogestão, um espaço de “ação de teoria, ação de prática em relações de revezamento ou rede” (FOUCAULT, 2006, p. 130-131).

Não tivemos a preocupação de separar sujeito e objeto para “assegurar a validade do conhecimento produzido” (LAZZAROTO, 2012, p. 101). Primeiramente nessa “roda viva” a pesquisa se expressa não *sobre*, mas *com* as pessoas, com os trabalhadores, com os apoiadores, com os colegiados, com as entrevistas, com paisagens e sensações de modo que

não se separa pesquisador e roda, mas se tem uma intercessão *pesquisador-com-a-roda* como expressão de um “coletivo que se faz presente no processo de produção de um texto” (POZZANA DE BARROS; KASTRUP, 2012, p. 73). Com esse coletivo experimentamos a cogestão ficando atentos ao como “as relações, o tempo e as críticas afetam” nosso modo de pesquisar (LAZZAROTO, 2012, p. 101-102). É nesse sentido que nos propomos a compartilhar algumas questões vivenciadas nesse processo de avaliação da pesquisa com o Colegiado Ampliado.

Enquanto compartilhamos as análises, ouvindo e falando sobre a experiência da caminhada institucional, íamos percebendo como a pesquisa assumiu contornos cogestivos e como o Colegiado Ampliado acolheu a nossa proposta de analisar esse percurso, de modo que sentimos o quanto “O coletivo se faz com a pesquisa e a pesquisa se faz com o coletivo” (POZZANA DE BARROS; KASTRUP, 2012, p. 73-74).

Achei muito interessante a pesquisa e a forma como você apresentou. E como [a apoiadora] falou, eu estava pensando na escritura que diz que nós devemos estar no mundo e não ser do mundo, então foi mais ou menos isso que você fez, você passou por aqui, fez a sua observação de forma discreta, que não interferiu nos processos, mas eu vi que você assimilou muita coisa, até por que, quando você começou, você disse: ‘Eu vou apresentar o que eu acho e quero ver o que vocês acham também.’ Então você fez uma cogestão aqui, né!? A gente se corresponsabilizou junto com você pelo seu trabalho, então eu achei muito legal. Quer dizer que você também foi contagiada. E eu acho que a forma de apresentação foi muito válida por que em mim, pelo menos, causou introspecção. Então, na hora que você diz ‘Eu quero ver se é isso mesmo’, então eu digo deixa eu ver se é isso mesmo. E eu me peguei várias vezes dentro do que você estava dizendo. [...] Fiquei feliz com suas colocações e me senti incluída. [Diretora Médica]

Consideramos que cuidamos e cultivamos composições com o território existencial nos engajando nele, experimentando os movimentos que se passam com a cogestão, nos disponibilizando para a experiência e nos deixando impregnar por ela. Quando ouvimos “*você fez uma cogestão aqui*” nos alegamos por entender que operamos com o *ethos* cogestivo, nos misturamos, conseguimos estar no mundo sem ser do mundo. Um modo de avaliar a pesquisa com o Colegiado Ampliado que *corresponsabiliza* quando convida o outro a pensar junto nessa experiência de cogestão que atravessa o coletivo. Um convite que “causou introspecção” no sentido de disparar um processo de reflexão sobre como a cogestão contagiou a pesquisadora, que entrou no movimento dessa roda girando com ela e a fazendo girar. É isso que para nós atribui validade, pois aqui consideramos que conseguimos fazer aquilo ao qual nos propomos. Digerir a pesquisa com o Colegiado Ampliado, sustentando os questionamentos e avaliando os processos da pesquisa coletivamente, nos foi mais

interessante do que certificar se os “resultados” são “verdadeiros” e por isso mesmo consideramos nossa apresentação válida assim como a diretora afirmou. Assim, dizer que “Eu quero ver se é isso mesmo” funcionou para nós como um disparador de *inter-esses*, no sentido de acessar um *entre*, a experiência que nos interliga e nos relaciona nesse coletivo, de traçar um plano de experiência do comum nele (ARENDT, 2005).

Acho que as meninas falaram muito bem, mais das suas qualidades em colocar uma temática tão *densa*, o quanto você captou nos encontros com as pessoas, com os profissionais, com os apoiadores, nos colegiados, com as entrevistas que você fez, inclusive com [a ex-diretora], o quanto você captou desse movimento daqui do hospital e *com essa suavidade que você colocou questões tão densas* e que como disse [nossa colega], conseguiu prender, por que acho que as pessoas que estão aqui elas conseguiram ver na sua fala o que acontece, tanto a realidade aqui de se estar falando do Giselda como uma ótima experiência, uma boa experiência, que as pessoas estão em campo apostando ou não, mas todos nessa roda viva: experiência da cogestão. Mas muitas vezes não se tocam, acham aquilo distante e está vendo. Ao mesmo tempo em que a experiência está distante, longe, ele tá vendo ela. Então a sua fala tornou um pouco clara, deu uma transparência nesse movimento que a gente tá, de dentro, de fora, de contradições, de buscas, o quão é difícil organizar um processo desse em que existe uma democracia, existe uma corresponsabilidade. *Acho que pelo tão pouco tempo que você passou aqui, você é uma apoiadora, que habitou a casa sem ocupar a casa e conseguiu passar por todos esses espaços se apropriando.* [Apoiadora Institucional]

Conseguimos habitar a casa sem ocupá-la mantendo certa descrição, que faz parte do mundo-próprio do pesquisador (ALVAREZ; PASSOS, 2012, p. 135), mas trazendo a densidade das questões. Agir de acordo com a prática da roda expressa o quanto nos adentramos ao território existencial da cogestão em que “a lateralidade ou a prática da roda faz circular a experiência incluindo a todos e a tudo em um mesmo plano – plano sem hierarquias, embora com diferenças; sem homogeneidade, embora traçando em comum uma comunicação” (ALVAREZ; PASSOS, 2012, p. 131). Nesse sentido, com a caminhada institucional nos fizemos caminho, nos fizemos *passagem* para o fluxo das forças que compuseram nossos encontros e nos deixamos impregnar.

Exercemos certa função apoio ao acompanhar os processos em curso. Contagiamos-nos pelo fazer cogestivo e compartilhamos nossas dúvidas, incertezas, curiosidades e questionamentos ao longo da caminhada institucional, experimentando então uma dimensão formativa sobre como fazer apoio. Com as análises coletivas a partir das nossas colocações, consideramos que houve a “constituição/inserção do apoiador em movimentos coletivos, ajudando na análise da instituição” (OLIVEIRA, 2011, p. 20). Nesse sentido, acompanhar processos é acessar o plano coletivo das forças. Para nós isso implica que não fomos ao HGT

coletar informações e nem apresentar resultados. “Acessar o plano das forças é já habitá-lo” (ESCÓSSIA; TEDESCO, 2012, p. 93), é experimentar esse território portador de espessura processual, *processualidade da experiência e não processamento de informações*. Mergulhamos nas intensidades do presente “para dar língua aos afetos que pedem passagem” (ROLNIK, 2007 apud POZZANA DE BARROS; KASTRUP, 2012, p. 57). Com suavidade conseguimos habitar/apoiar esse plano de forças e acessar a densidade desse território existencial, em que a cogestão se faz como *exercício cotidiano* e não como imposição; em que se questiona, mas se decide junto.

Então é exatamente isso. É um movimento constante, é um exercício, não é uma imposição, a gente tá aprendendo e crescendo junto. [...] Pra mim é exatamente isso, eu não tiraria nada da sua fala. É como eu me sinto agora, com todos esses itens aí, com todas as características, com muitas coisas ainda, dúvidas e coisas para aprender. E todo mundo questiona e por um lado *é bom que todo mundo questione*. Por que como na história de Alice, tem vários caminhos, você tem que escolher um, se não você não vai chegar a lugar nenhum. *E a gente escolhe juntos pra tentar chegar todo mundo junto*. Se no meio do caminho achar que tem que pegar um atalho pra aqui, a gente faz, né? Uma vez eu vi um texto que dizia assim, que um grau que você desvie da rota pode mudar completamente o destino. Por que você muda meio grau o navio vai parar em outro continente e não naquele que ele quer. Então é bom por que não é uma pessoa que diz ‘Vamos por aqui’, mas todo mundo pensa. E aí as pessoas dizem: ‘Mas essa ideia é boa. Mas será que não seria melhor assim?’ [Direção Médica]

Nem validamos nem devolvemos. Nesse exercício de cogestão *pesquisador-com-a-roda* fizemos um processo de avaliação e decisão coletiva em que registramos muita intensidade afetiva. Avaliação sobre essa experiência de pesquisa, que para nós não se tratava de uma despedida, mas da construção coletiva de um acordo sobre os rumos da dissertação. Nosso navio mudou vários graus ao longo dessa viagem, ao longo da caminhada institucional, mas nesse momento com o Colegiado Ampliado mais uma vez questionamos, avaliamos, decidimos para vislumbrarmos “juntos” o acabamento dessa dissertação.

4.4 Cadê o meu caroço de feijão?

Nosso percurso na caminhada institucional estava chegando ao fim. Depois do colegiado ampliado, sentira que as ideias ainda estavam desorganizadas. Compartilhamos essa sensação com uma apoiadora institucional que, após ouvir com atenção, nos trouxe uma

crítica ilustrando sobre o que ela compreendia como o processo de pesquisa. Tentaremos parafrasear os dizeres da apoiadora no trecho a seguir:

Eu tenho um saco de feijão que é meu universo temático. Mas no pacote existem diversos caroços dentre os quais tenho que escolher um para ser o objeto da minha pesquisa, embora o objeto escolhido se articule com os demais caroços. Escolhido meu caroço, meu objeto, qual é meu objetivo? Agora vou analisar esse caroço. Mas analisarei as partes desse caroço, ou a história desse caroço, ou como ele se relaciona com os outros caroços? Mas na pesquisa científica tenho que ter um caroço e senti dificuldade de compreender qual é o objeto da sua pesquisa. Na sua apresentação não entendi com clareza qual foi o seu caroço destacado do saco de feijão.

A crítica gerou movimento e nós começamos a nos indagar em que momento se perdeu o foco da pesquisa e o caroço de feijão. Lembramo-nos das vezes em que durante a caminhada institucional, ao ver a força dos colegiados como espaços coletivos, houve vontade de tomá-lo como objeto, mas parecia que fazer isso era perder a dimensão dos movimentos que sustentavam a cogestão no embate frente ao modelo hegemônico de gestão. Eram os colegiados, mas não só eles. Continuando a caminhada institucional a criação de múltiplos arranjos de apoio institucional para acompanhar os processos de cogestão nos chamava atenção. Mas, diante da densidade da cogestão, nos deter aí parecia um desafio impossível. Olhávamos para essas e outras estratégias mapeadas nos encontros com a cogestão e avaliadas durante o colegiado ampliado. Teríamos que escolher apenas uma para analisar? Pensar nisso entristecia a pesquisadora.

No último dia da caminhada institucional, voltamos ao hospital para participar do grupo de formação dos apoiadores institucionais. Estávamos avaliando a necessidade de tomar uma das estratégias mapeadas como foco de análise principal. Considerávamos as colocações dos próprios trabalhadores de que o apoio institucional tinha sido fundamental no processo de cogestão e com isso vislumbramos a possibilidade de destacá-lo, mas não de nos limitar a falar dele. Então, começamos a nos dar conta do motivo pelo qual não nos fechamos estritamente em nenhuma das estratégias delineadas durante a pesquisa, o porquê da dificuldade de dizer de uma estratégia sem se remeter às outras! As cenas vivenciadas se articulavam como se fossem uma trama em movimentos constantes que sustentavam a cogestão e pareciam desestabilizar as práticas verticais que permeavam as relações. Então compreendemos que esse trabalho diz de encontros com a história do hospital e com os movimentos de resistência que sustentaram a construção dos processos de cogestão.

Foi aí, quando começamos a nos dar conta de que a caminhada institucional é uma metodologia que permite acompanhar movimentos compondo-os, que paramos de procurar uma dessas estratégias como objeto de pesquisa. Ao invés de imobilizar nosso caroço de feijão destacando com as mãos da sacola temática, comemos o feijão, ou seja, podemos dizer que saboreamos vivências possíveis no encontro com a cogestão. E com isso queremos afirmar que a caminhada institucional possibilita construir um conhecimento do encontro, em que se desmancha o tradicional modelo pesquisador-objeto e se opera no *pesquisador-com-a-roda*. Dos encontros com os processos em andamento fica a experiência de que nos fizemos movimento com os movimentos de resistência. Afirma-se, então, certo aspecto de uma pesquisa que produziu diferença nesses encontros, como indica o trecho do conto em que abrimos esse capítulo:

[...] como pesquisadora, simplesmente entrei numa roda que já estava girando e que nesse encontro com a roda já não era o pesquisador e a roda, mas o pesquisador-com-a-roda no movimento de fazê-la girar (Diário de Campo).

Da dificuldade em delinear o objeto, do questionamento sobre “cadê o meu feijão”, se construiu a alegria de dizer dos encontros. Como saída para a produção de conhecimentos em processos densos como a cogestão, a alegria de dizer dos encontros possíveis ao longo do percurso. A caminhada institucional como ferramenta metodológica para produzir conhecimentos a partir do “adentrar a casa sem habitá-la”, do “estar no mundo e não ser do mundo” sem colocar a pesquisadora como estrangeira como disseram os trabalhadores, mas seguindo com os fluxos dos movimentos de resistências. Ao invés de observar o objeto “de fora” dizer da alegria possível com os encontros, saborear, experimentar e digerir o feijão, esse objeto de pesquisa: podemos dizer que saborear a cogestão nos encontros trouxe contornos mais potentes e alegres para a dissertação.

A caminhada institucional possibilita certa antropofagia no encontro em que assimilamos a crítica e ruminamos o feijão para criar saídas potentes para o trabalho, sem a pretensão de nos opor ou trazer julgamentos de valor e verdade sobre a crítica. Importa que a crítica movimentou o caminhar de modo que agora buscamos construir mais clareza para compartilhar a alegria dos encontros possíveis com a cogestão. Nesse sentido, para efeitos de compreensão sobre certo caminho da dissertação, podemos dizer que dentro da temática dos modelos técnico-assistenciais nosso objeto de pesquisa saboreado é a cogestão enquanto diretriz e que nosso objetivo é analisar os desdobramentos da cogestão nos processos de trabalho.

Durante a caminhada institucional compreendemos que os desdobramentos da cogestão nos processos de trabalho configuravam movimentos de resistência que fortaleciam a gestão colegiada. Então, o que avaliamos no colegiado ampliado como “resultado” da pesquisa foi certa categoria de análise que denominamos de “estratégias para sustentar a cogestão”, a saber: a construção de colegiados, os arranjos de apoio institucional, o acompanhar desdobramentos, o estar com usuários e acompanhantes, aquecer a memória, construir certa função gerente, ofertar cursos. Apesar de construirmos essas categoriais de análise para apresentá-las ao colegiado ampliado é importante destacar que, no encontro com a crítica, foi possível ressignificar nossa compreensão sobre os limites da dissertação. Desse modo, a seguir nos propomos a compartilhar relatos desses encontros, costurando em cena o que nos foi possível acessar em uma instituição que assume a cogestão como diretriz das mudanças nos processos de trabalho, sem necessariamente dar conta de explicar todas as estratégias citadas.

5. UMA CONTRAESCOLA NO MUNDO AO AVESSO¹⁴.

O mundo ao avesso nos ensina a padecer a realidade ao invés de transformá-la, a esquecer o passado ao invés de escutá-lo e a aceitar o futuro ao invés de imaginá-lo: assim pratica o crime, assim o recomenda. Em sua escola, escola do crime, são obrigatórias as aulas de impotência, amnésia e resignação. Mas está visto que não há desgraça sem graça, nem cara que não tenha sua coroa, nem desalento que não busque o seu alento. Nem tampouco há escola que não encontre sua contraescola (GALEANO, 2015, p. 8).

O HGT existe desde 1943, quando ainda era chamado de Hospital Evandro Chagas e funcionava ao lado do Sanatório Getúlio Vargas, no atual Distrito Oeste da cidade de Natal no Rio Grande do Norte (RN). Mas, depois de 1982, essas duas instituições se tornaram uma só, sob a direção da Dra. Maria Giselda da Silva Trigueiro, médica infectologista e professora da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Com a morte da diretora, em 1986 o hospital mudou de nome para fazer uma homenagem à médica pela dedicação ao trabalho (FREIRE et al. 2014) que na época resultou em melhorias para a estrutura da instituição.

O HGT passou por muitas mudanças ao longo do tempo e hoje é um hospital público de grande porte referência para urgência e emergência em doenças infectocontagiosas que, junto com mais 22 hospitais, compõe a Rede Hospitalar e de Assistência à Saúde da Secretaria do Estado da Saúde Pública - RN (SESAP). O hospital presta assistência exclusiva ao usuário SUS e, como campo de ensino e pesquisa, tem acolhido estudantes e estagiários de cursos em nível técnico, graduação e pós-graduação não somente do estado, mas de outras

¹⁴ A partir de agora a dissertação ganhará contornos específicos. É importante explicarmos a disposição do texto.

O trecho escrito entre as páginas 52 e 54, *centralizado e em itálico*, é a produção de um texto mosaico, em que o pesquisador interpreta e articula várias narrativas sobre a história do HGT. Nessa composição de um texto polifônico, entram as narrativas feitas pelos trabalhadores, mas não se pode esquecer que esse texto passa pelo ponto de vista do pesquisador, pois ele seleciona as falas e as organiza a partir do que lhe chama atenção nas histórias que ouviu. Importa-nos que o texto não se restringe ao olhar de um único autor e abrande diversos aspectos sobre a história da gestão no HGT e para isso, as falas foram reunidas de acordo com o critério de mesma temática, foram interpretadas e reunidas de acordo com a possibilidade de manutenção de uma coerência semântica, contextualizada do assunto.

Haverá partes ao longo do texto “entre aspas” indicando uma citação direta, uma transcrição literal sem nenhuma alteração. Palavras ou expressões destacadas [entre colchetes] indicam a substituição de nomes que identificassem os participantes ou a inserção do sujeito da frase em casos ocultos, para preservar o anonimato garantido em TCLE.

Haverá partes escritas “entre aspas e em itálico” indicando discursos dos trabalhadores, apoiadores ou diretores com pequenas intervenções do pesquisador para melhor apresentação, ou seja, retiramos palavras repetidas e organizamos o texto preservando seu sentido.

Haverá ainda partes no texto *escritas em itálico* indicando trechos retirados do diário de campo da pesquisadora.

áreas do país. Junto com o Departamento de Infectologia da UFRN acolhe também residentes médicos em infectologia (FREIRE et al., 2014; MARTINS et al., 2011; MARTINS et al., 2013).

O HGT dispõe de serviços de internação hospitalar, hospital-dia e ambulatório onde oferta atendimento para Hanseníase, Tuberculose, Doenças Sexualmente Transmissíveis, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), Esquistossomose, Doença de Chagas, Hepatites virais e Leishmaniose. Nele existem 125 leitos para internação, dentre os quais são “27 leitos para infectologia em geral, 20 leitos para AIDS, 29 leitos para tuberculose e pneumologia, 26 leitos em infectologia pediátrica, 07 leitos na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), e 16 leitos de observação no pronto-socorro”. No SAD se faz o acompanhamento de cerca de 30 usuários, e no hospital-dia existem 05 leitos diários. São 24 horas de atendimentos de urgência e emergência em infectologia, resultando em uma média de 3.300 atendimentos e 220 internações por mês. No ambulatório de programa para Hanseníase, Doenças Sexualmente Transmissíveis e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (DST/AIDS), Leishmaniose e acidentes biológicos, realizam-se 1.300 atendimentos mensais. Ainda há oferta de serviços de Informações Toxicológicas (IT) e do Centro de Referência em Imunobiológicos Especiais (CRIE) (FREIRE et al., 2014, p. 37).

No HGT, entretanto, a preocupação não se limita a dados de conhecimentos sobre os aspectos quantitativos desses atendimentos e dos tipos de serviços prestados, mas também, como uma contraescola no mundo ao avesso, investe nas lutas cotidianas, nos movimentos de resistências que se ocupam do *como* os trabalhadores organizam os processos de trabalho para ofertar cuidado integral à população potiguar.

É intrigante para nós ouvir uma médica do pronto socorro dizer que logo na entrada do hospital, “*no pisar, no andar, no conversar, a gente vê toda uma forma de trabalho bem conduzida, a gente já percebe*”. Quando nós perguntamos sobre o que difere nos processos de trabalho de um hospital que assume a cogestão como diretriz a médica já indica que desde a entrada até as ações mais sutis são bem conduzidas. Mas em um hospital onde funciona a gestão colegiada, nos perguntamos o que seria essa boa condução dos processos? Então nos lembramos de que encontrar médicos dispostos a analisar os processos de trabalho, não é comum. E essa médica não apenas analisava os processos, como ainda destacava a importância da corresponsabilização pelo cuidado e da participação dos trabalhadores nos

colegiados. Nesse sentido, entendemos que uma boa condução significa certo modo de funcionamento coletivo que difere de outros funcionamentos, como a médica afirma: “*antes da cogestão imperava o individualismo, quando cada pessoa podia entrar, cumprir o plantão e depois virava as costas*”.

Quando finalizamos a entrevista e desligamos o gravador a mesma médica afirma que seria importante incluir na pesquisa o ponto de vista de pessoas que não concordavam com a cogestão. E é nesse momento que vemos como a cogestão interfere nas práticas mais sutis, conduzindo os processos no HGT pelo princípio de *incluir* as contradições em redes de debate. Nesse momento nos lembramos de Galeano e nos perguntamos se não seria essa inclusão característica específica de uma contraescola no mundo ao avesso que em lugar das aulas de impotência, amnésia e resignação se põem em exercício de escuta, de análises e intervenção nos modos de habitar o hospital para o fortalecimento da democracia institucional e dos espaços coletivos.

Entendemos como espaços coletivos a construção de arranjos concretos, formais e informais, que possibilitem a articulação dos trabalhadores para interferir no sistema produtivo do hospital a partir de análises, discussões e deliberações de temas relevantes no dia a dia do hospital, que qualifiquem as práticas de cuidado em saúde (CAMPOS, 2007b). Ao ver trabalhadores engajados na construção de espaços coletivos percebemos que ao invés de limitarem as preocupações ao cumprimento de tabela, de tarefas e carga horária pessoal importa também analisar o modo *como* se faz ou não faz o trabalho, o modo *como* se organiza o trabalho para garantir a continuidade do cuidado. Não podemos nos esquecer de que tradicionalmente a ênfase da gestão hegemônica na saúde esteve no controle e que temos visto como muitos trabalhadores decidem “*peitar*” esse tradicionalismo e bancar a democracia institucional para fazer o SUS dar certo. E nesse contexto percebemos que existir trabalhadores de diferentes especialidades no HGT, se reunindo e se preocupando com a construção de espaços coletivos, não é um detalhe e nem um acontecimento espontâneo, mas é uma aposta cotidiana nutrida com muito esforço e planejamento ao longo de um processo que ainda está em andamento.

Cada vez que saíamos de uma reunião, ficávamos deslumbrados com a clareza dos trabalhadores de que fazer cogestão era um processo contínuo, sem data pra terminar. E ouvimos um dos diretores dizendo em uma dessas reuniões que “*os processos de cogestão*

tiveram data pra começar, mas não tem pra terminar. Nós assumimos a gestão participativa em 2007, mas ainda estamos em processo. Consideramos o HGT uma ilha¹⁵ com resolutividade, mas sem perder de vista que estamos localizados numa rede de atenção à saúde, não estamos isolados". Estranhamos ouvir essa expressão "ilha resolutiva", mas aos poucos entendemos que o HGT tomou uma decisão radical em seu Estado ao assumir a gestão colegiada. Decisão que expressava um posicionamento político claro em que, diferente de muitos outros serviços, os trabalhadores preferiram se arriscar ao exercício da democracia do que continuar repetindo práticas verticalizadas. E o nosso encontro com esse processo de cogestão que está em andamento no hospital nos fez ver de perto que a política de saúde pública no Brasil não comporta mais modelos de gestão tão inflexíveis, pois, assim como disseram Barros e Passos (2005a, p. 562) nós podemos dizer também que no encontro com o HGT estamos diante da "complexidade da tarefa de se construir de modo eficaz um sistema público que [garanta] acesso universal, equânime e integral a todos os cidadãos brasileiros".

Ao longo da caminhada institucional nos encontramos com trabalhadores que, fizeram da gestão lugar de intervenção e análise para a construção de mudanças institucionais (CAMPOS, 2007b). E essas mudanças na gestão se inspiraram nos princípios de indissociabilidade entre gestão e atenção afirmado pela PNH (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004), como podemos acompanhar na fala de uma apoiadora do hospital que diz *"Se nós mudamos a gestão, necessariamente mudamos a atenção. Não tem como separar uma coisa da outra. Tudo que mexe na gestão é uma coisa delicada e reverbera de imediato na atenção, tem muita força nas práticas. Uma gestão dura produz uma atenção dura. E se uma não interfere na outra então é só conversa"*. E vimos mesmo como a cogestão afeta a atenção prestada pelo hospital aos usuários, quando acompanhamos os colegiados de unidade, espaço onde as equipes discutem incansavelmente como fazer uma organização da equipe com eficácia no dia a dia para prestar o cuidado aos pacientes.

Percebemos isso, por exemplo, quando em certa reunião se discutia o caso de uma paciente que não queria revelar ao companheiro o diagnóstico de Human Immunodeficiency Virus/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV/AIDS). Ela estava ansiosa e com

¹⁵ O HGT foi o primeiro hospital público a assumir a Gestão Participativa como diretriz dos seus processos de gestão e atenção em toda a Rede de Atenção à Saúde no Rio Grande do Norte. Atualmente, esse movimento vem se expandindo na rede contando com a colaboração de trabalhadores do hospital para compartilhar sua experiência de construção da cogestão com outros hospitais, centros de referência e a própria SESAP/RN, o que retomaremos mais a frente.

dificuldades para comer. Com muita conversa e pensando juntos, a equipe analisou o que cada trabalhador percebeu sobre o caso e como cada um interveio para que ela continuasse se alimentando e se recuperando. Não eram conversas frias e técnicas, mas percebíamos o engajamento e a vontade dos trabalhadores em agir de forma articulada e coordenada na construção de uma saída. Surpreendíamos-nos em estar ali com a equipe, nos animávamos em ver como a equipe fez encaminhamentos concretos, de que todos iriam prestar mais atenção na paciente durante esse período de internação para dar-lhe maior suporte emocional, para construir vínculos de confiança, além de acompanhar o prognóstico. Além disso, tiveram a sensibilidade de pensar em quem a paciente mais gostava, para que esse trabalhador conversasse reservadamente sobre a importância de que o parceiro soubesse a verdade, pelo risco de contaminação ele precisaria fazer o teste também. Considerou a situação da paciente se recusar a fazer ela própria a comunicação com seu parceiro, onde nesse caso, de acordo com o Conselho de Medicina, o médico tem a responsabilidade de fazer quebra de sigilo até o limite de não prejudicar a saúde de outras pessoas que podem estar ou ser infectadas pelo vírus, como descreve o trecho a seguir.

Comunicantes sexuais (atuais ou futuros) ou membros de grupo de uso de drogas endovenosas. O ideal aqui seria que o próprio paciente colaborasse e fizesse ele próprio a comunicação de sua situação de infectado a estes contactantes. No entanto, caso ele se negue, o seu bem-estar individual torna-se secundário frente ao bem-estar social e do direito à saúde (e mesmo à vida) de outras pessoas, autorizando o médico e/ou as autoridades sanitárias a quebrar o sigilo para permitir uma proteção e orientação adequadas dos comunicantes. No entanto, deve ser tomado cuidado a fim de impedir a disseminação de informações relativas ao paciente para além dos limites daquilo realmente necessário (LEVI, S/D).¹⁶

E foi assim que vimos a cogestão reverberar na atenção: a partir de muita conversa e debate sobre as controvérsias que atravessavam os casos, a partir da avaliação ética feita coletivamente, avaliação da conduta dos trabalhadores com ênfase no vínculo e no cuidado com os pacientes antes mesmo dos procedimentos técnicos. E nesse emaranhado de temáticas se faz o reverberar da cogestão na atenção a partir dessa construção coletiva de estratégias para garantir o cuidado continuado dos pacientes e usuários do SUS. E se existe interferência entre gestão e atenção e melhor, se ela produz boas respostas para a saúde da população, então, como essa pesquisadora não vivenciar o deslumbramento ao se aproximar dessa proposta da cogestão? Como não se contagiar por essa história de cogestão do HGT?

¹⁶ LEVI, G. C. Aids e Ética. In: CONSELHO Federal de Medicina (Ed.) **Desafios Éticos**. Brasília: Conselho Federal de Medicina. [S/D]. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/biblioteca_virtual/des_etica/sumario.htm. Acesso: 06 Abr. 2016.

Alguns de nós trabalhávamos aqui há vinte anos e nunca tínhamos conhecido o diretor, quanto mais conversado com ele. Outros colegas acreditavam que os “piões” do hospital não poderiam nem pensar em ir à diretoria ou dirigir a palavra ao médico simplesmente por que uns seriam melhores do que outros numa certa hierarquia das relações de trabalho. Imagine que a cada governo mudasse toda a direção do nosso trabalho por pura indicação política e não pelo compromisso ou competência do gerente para com o serviço público de saúde: a herança do coronelismo em vários Estados brasileiros, inclusive no nosso. Imagine também todo o nosso processo de trabalho centrado na direção e alguns de nós fazendo uma romaria na porta da diretoria só para reclamar. Quanto cômodo pode ser para a chefia continuar mandando e quanto pode ser cômodo para o trabalhador só obedecer e não ter que se responsabilizar pelas decisões!

Muitos de nós queríamos criar outra forma de trabalhar em meio a essa crise. Outros colegas, embora estivessem incomodados com as situações difíceis que enfrentávamos, preferiam deixar do jeito como estava dizendo: “tá ruim, mas tá bom”. Sentíamos-nos parte do trabalho e desejávamos trabalhar diferente, de um modo onde cada área, a direção, os trabalhadores e os usuários, estivessem uns com os outros e não acima uns dos outros. E essa crise culminou com alguns trabalhadores escolhendo uma pessoa do próprio grupo para indicar como diretor do hospital à SESAP, mas não com a ideia de que esse escolhido gerisse o hospital sozinho. Mas a gente precisava apostar em alguém de nossa confiança e aproveitar a oportunidade de que a SESAP aceitaria indicações nossas. Então, um grupo de trabalhadores do pronto socorro se organizou e apresentou uma médica, que estava no hospital desde 1995 e, como muitos de nós, havia feito residência no próprio hospital, construindo ao longo desses anos vínculos de parceria. Os trabalhadores, então, se colocaram como uma rede que desse suporte para ela tomar essa decisão e diante disso ela aceitou ser indicada, afirmando essas duas condições: a de não gerir sozinha e a de ser capacitada para fazer uma gestão diferenciada.

Instigados pelo núcleo articulador da PNH do Ministério da Saúde aceitamos o desafio e colocamos os pés dentro de outras instituições que bancaram a cogestão como diretriz das ações cotidianas. E deu certo. Nós, que trabalhamos com doenças infectocontagiosas, bem sabemos que é o contato que facilita o contágio. E foi assim que no

ano de 2007 entramos em contato com experiências do SUS que dá certo nesses dois hospitais.

E o apoio institucional foi fundamental para nós, pois tínhamos uma apoiadora lotada no hospital, cumprindo toda sua carga horária fomentando junto com a gente a construção de unidades de produção, de colegiados e de análises dos nossos processos de trabalho. Além disso, tivemos um professor da UFRN que apoiou o fortalecimento do NEP dentro do hospital, e nos instigou a construir um regimento interno e a reelaborar o organograma institucional para instituir a gestão colegiada com maior consistência, abrangendo todo o hospital efetivamente a partir da construção de unidades funcionais e linhas de cuidado. E assim fomos usando como norteadores dos processos de construção da cogestão no HGT as políticas públicas de humanização, de educação permanente e de saúde do trabalhador.

Na prática, não tínhamos colegiados tão estruturados assim no início do processo. A cogestão começou com uma roda onde participávamos dois ou três trabalhadores e dois diretores. Os diretores faziam reuniões inclusive à noite, pra incentivar a aderência da equipe do plantão à cogestão. Nosso objetivo foi disparar um processo de inclusão da voz de todos os trabalhadores e usuários, mas alguns nos encontravam nos corredores questionando: Que tal de apoio é esse? É só conversa, blá blá blá. Outros diziam que não tinham agenda para ir às rodas. Mas aos poucos, num trabalho de formiguinha mesmo e com a estratégia do apoio institucional, a ideia da cogestão foi contagiando e mais pessoas começaram a ir para as reuniões, propor a construção de colegiados ou outros espaços coletivos que disparasse análise dos processos de trabalho nos seus setores. Muitos aderiram e outros não. Mas o fato é que a ideia de colocar em análise a organização dos processos de trabalho nos colegiados foi crescendo até um ponto que os diretores e uma apoiadora já não davam conta de participar de todas as reuniões.

Nunca dissemos que a cogestão seria o caminho mais fácil, pois exige muitas conversas, muito envolvimento das pessoas e muita dedicação de tempo, mesmo. Mas hoje já colhemos os resultados, hoje nós somos uma experiência de SUS que dá certo. Nossos colegiados estão mudando, estão ficando mais maduros, implicando mais pessoas que eram contra a cogestão e tomando decisões. Hoje em dia dá mais resultado. Além disso, percebemos que nas apresentações das unidades de produção há maior articulação entre as

unidades nas análises dos processos de trabalho. Antes os colegiados tinham um modelo de reunião centrado nos diretores, hoje as nossas reuniões estão sendo em torno dos processos de trabalho, os encaminhamentos são mais consistentes com a construção de pactos e o apoio para sustentar esses pactos. Hoje as pessoas estão se movimentando mais no HGT.

Enquanto ouvíamos os trabalhadores contarem a história do HGT nós imaginávamos o resultado desse modelo de gestão vertical, inflexível e ainda hegemônico nas práticas de saúde no SUS (CAMPOS, 2007b). Os trabalhadores diziam da existência de certa desresponsabilização pelo cuidado de pacientes até na UTI quando se alegava que um determinado procedimento não seria feito naquele turno, visto que seria parte das funções do plantão anterior. Indício de como o cuidado fica fragmentado quando se afirma a divisão dos processos de trabalho em “tarefismos”. Entendemos que práticas de gestão e atenção duras como estas se desdobram sobre os próprios trabalhadores que se tornam desvalorizados e adoecidos.

Autonomia é um exercício e por isso os trabalhadores se mobilizaram, mesmo antes de assumir a cogestão como diretriz dos processos de trabalho, quando a direção saiu no ano de 2004 – 2005. Eles queriam escolher e indicar alguém que já trabalhasse no hospital e a SESAP não fez oposição a essa proposta, entretanto ninguém queria assumir essa responsabilidade, mesmo que isso fosse uma chance de mudar o quadro de insatisfação geral. Como nos relatou um dos trabalhadores existia “a oportunidade de indicar um diretor para o hospital, porque a pessoa que assumiu a secretaria era um médico que havia trabalhado no hospital e não se opunha a isso” e o secretário da época também não recomendava essa decisão, fazendo inclusive alguns alertas de que “esse negócio de cogestão, de democracia é oba oba, é muito arriscado”.

De acordo com Lourau (1993) preferir viver pela heterogestão a lidar com responsabilidades decorre do fato de que fazer uma autoanálise em nossas relações, inclusive no trabalho, é muito doloroso. Como citado acima, ninguém queria se responsabilizar sozinho por algo tão pesado como a direção de um hospital, mas mesmo sendo difícil se abrir para processos de análise os trabalhadores se disponibilizaram em um movimento autogestionário. Avaliando não apenas os “riscos” e o peso da responsabilidade de um diretor os trabalhadores se corresponsabilizaram por construir outro jeito de organizar os processos de trabalho, um jeito que articulasse as pessoas, que fosse o gerir com pessoas e não o gerir sobre pessoas.

De acordo com Lourau (1993, p. 14) “a vida cotidiana [...] se passa no terreno da heterogestão” e nesse sentido entendemos que construir espaços de autogestão implica resistir às formas instituídas de funcionamento. Os micromovimentos autogestionários interceptam a heterogestão sobre as instituições e possibilita os trabalhadores analisarem a implicação com os processos, exercitar a construção de autonomia e liberdade. Então a autogestão não tem uma fórmula, mas funciona como um artifício que, ao por em análise o modo como nos colocamos na vida provoca um deslocamento da heterogestão para exercícios de autonomia. Ao mesmo tempo, a autonomia que se constrói nesse espaço “artifício” de autogestão não expressa um isolamento do coletivo em relação aos sistemas nos quais estão inseridos. Nesse sentido, os coletivos que compõem as instituições transitam entre o instituído e o instituinte propondo o “artifício” de autogestão e ao mesmo tempo se corresponsabilizando pelas mudanças que se propõem frente ao hegemônico.

Gerir com exige que os trabalhadores lidem sempre com os limites entre a heterogestão e a autogestão. Por um lado existem regras, leis, normas e protocolos que são condições da rede de atenção à saúde. Por outro lado as urgências do dia a dia provocam os trabalhadores a colocar em análise o modo como se relacionam com o seu fazer para dar conta do cotidiano, pois a vida pede passagem. Assim, quando olhamos para o processo histórico de construção da gestão colegiada no HGT percebemos aos poucos o que Onocko (CAMPOS, 2003) chamou de duas dimensões da cogestão, o gerir e o gerar, entre os quais se articula a produção de cuidado. Gerir na gestão tradicional é gerir sobre as ações dos outros, de modo que sempre existe alguém que controla e manda nos processos de trabalho. Por outro lado gerar seria um princípio das propostas autogestionárias em que a necessidade de gestores ou de uma disciplina que ancorassem o fazer das pessoas é dispensado em função da autonomia ilimitada do grupo. Então quando essas propostas autogestionárias se assentam no *topos*, ou seja, quando são colocadas no cotidiano, elas assumem graus de cogestão, misturando aspectos das dimensões do gerir e do gerar (CAMPOS, 2003).

Os trabalhadores do pronto socorro terem se articulado para escolha da direção, para nós expressou um micromovimento autogestionário. Mas, quanto mais ouvíamos a história de cogestão no HGT, percebíamos que esse exercício de autonomia assumiu graus de cogestão quando entrou em contato com o chão do hospital. Quando a nova direção assume, aconteceu uma reunião decisiva para construir um movimento de mudança ordenado e sistemático, para

instituir um modelo de gestão técnico-assistencial democrático. Então, houve um exercício de autonomia continuado e que junto a esse exercício a construção da gestão colegiada no HGT expressa um movimento de mudança coordenado e sistematizado. Para a apoiadora, que acompanhou os desdobramentos dessa história da cogestão no hospital, ao contrário do que havíamos pensado anteriormente, o processo que disparou a construção da gestão colegiada não se esgota no movimento autogestionário onde alguns trabalhadores elegeram o diretor. A gestão colegiada ganhou força quando a direção eleita sentou numa sala fechada com os outros diretores do hospital e dentro de quatro paredes fez um acordo coletivo. Já operando pela corresponsabilização, a decisão de assumir a cogestão como diretriz dos processos de trabalho legitima uma gestão coletiva e não mais guiada pela heteronomia.

Então, o que manteve a gestão colegiada no jogo de forças ao longo de três governos diferentes e complicados foram lutas imediatas fortalecidas em função da legitimidade do contrato de gestão firmado com os coletivos, inclusive diante da secretaria. Dessa forma, o movimento que destacamos no texto sobre a história do processo de construção da gestão colegiada sinaliza para nós a importância dos exercícios de autonomia para abrir passagem ao novo. E, a partir desse destaque que a apoiadora fez, podemos compreender que os contratos de gestão são muito importantes para a continuidade do processo de mudança institucional e fortalecem os movimentos de autogestão.

Após essa análise, voltamos a contar a história da gestão colegiada no HGT. Uma vez que a indicação para a direção foi aceita, ainda não existia clareza sobre esses atravessamentos entre o gerir e o gerar, mas por sucessivos encontros e movimentos de autogestão-artifício se disparava os processos de cogestão no HGT: uma autonomia feita de muito esforço, de muitas análises, fortalecida pelos acordos coletivos, tecida em rede e não pautada em decisões pessoais. E nessas idas e vindas houve processos de construção de seminários e rodas de conversa onde, em certa ocasião, os trabalhadores tiraram uma comissão para visitar dois recantos do país durante um processo de formação ofertado pelo Ministério da Saúde. Todos os diretores da rede hospitalar do Rio Grande do Norte foram convidados para fazer uma visita à capital mineira, Belo Horizonte, para conhecer as experiências de gestão participativa nos hospitais Odilon Behrens e Sofia Feldman.

Segundo Pasche (2009) o SUS que dá certo são experiências concretas de qualificação da gestão e atenção frente às contradições e desafios dos serviços de saúde, que

apontam para a viabilidade da política de saúde brasileira. Nesse sentido, os trabalhadores do HGT entram em contato com essas experiências não com o intuito de replicá-las no hospital, mas por que este já havia diferido de si mesmo: estava aberto à mudança. E contagiou. Mas claro que não a todos do HGT, mas a alguns trabalhadores que aceitaram investir nessa proposta e isso não foi pouca coisa. Foi suficiente para o HGT entrar na roda. E quando se fala de roda os trabalhadores se referem às bases metodológicas que os inspiraram a mudança: o Método da Roda apresentado por Campos (2007b) e a PNH, a partir dos quais se nutriu lutas cotidianas do SUS que dá certo.

“Na roda nós transformamos a ‘crise’. Nós tiramos o ‘s’ e virou ‘Crie’. Não existe uma fórmula pra construir a cogestão, nós temos que criar arranjos e estratégias para organizar nosso trabalho a partir das nossas necessidades cotidianas. Então, não sabíamos como fazer e nem por onde começar”, disse o diretor enquanto contava como começou o processo de construção da gestão colegiada no HGT. Nesse sentido, em dezembro de 2008 “iniciaram-se rodas de conversa envolvendo gestores e trabalhadores de diversos setores com a finalidade de construirmos um grupo de trabalho no hospital voltado para a proposta da gestão participativa” (MARTINS et al., 2011, p. 109). Nessas rodas foram compartilhados desafios e experiências exitosas, como a da enfermaria da pediatria que em 1992 se articulou para se estruturar de acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente e oferecer uma assistência de qualidade. Nessas rodas se despertou o interesse em resgatar valores como o trabalho em equipe e a qualidade da assistência no hospital (MARTINS et al., 2011) iniciando movimentos que tensionavam, deformavam, desmanchavam e desorganizavam aos poucos o modelo de gestão hegemônico.

Dentre esses movimentos podemos citar a construção de um Comitê, formado por várias categorias profissionais, e a parceria entre os diretores e a UFRN para conduzir sistematicamente o projeto de construção da gestão colegiada. Ao mesmo tempo se construiu cronogramas de reuniões setoriais que aos poucos agregavam mais pessoas ao processo de mudança. Usou-se a dinâmica “Forças e Oportunidades-Fraquezas e Ameaças (FOFA)” para fazer encontros vivos, instigar uma roda de discussão que colocasse em evidência os paradoxos entre as adversidades e potências no cotidiano de trabalho. Foi elaborada também, uma proposta para a capacitação de gestores, representantes de diversas categorias e do

controle social, para sensibilização sobre o tema da gestão participativa (MARTINS et al., 2011).

A direção adotou como ferramenta de gestão o planejamento estratégico, a partir de onde se acordou coletivamente as ações e metas para o ano de 2009, momento importante por incluir os trabalhadores na análise e decisão sobre os conflitos. Descentralizar a gestão e colocar o trabalhador na função de gestor é desnaturalizar a separação das instâncias “quem executa” e “quem planeja” constituindo movimentos de resistência e instituintes da democracia institucional no hospital.

Acompanhar os desdobramentos das deliberações e criar elos entre as unidades funcionais, as equipes e os usuários é uma forma de construir consistência nos processos de cogestão, sem construir ilhas de produção, mas tendo clareza sobre os fluxos que constituem a trama do cuidado. Essa é a função do gerente discutida nos colegiados das unidades e que segundo Campos seria a função do Coordenador como direção executiva. Os gerentes, que eram chamados de chefe do setor antes da cogestão no hospital, ocupam cadeira de voto no ColGA (COSTA, 2013). Então, nos ColUP participam a equipe e o gerente da unidade, enquanto no ColGA podem participar qualquer trabalhador que quiser, mas necessariamente todos os gerentes das unidades de produção.

“Nos ColUP deliberamos sobre aquilo que está no nosso alcance enquanto equipe e no ColGA compartilhamos ‘questões macro’, como o planejamento anual, as necessidades de cada unidade e de cada trabalhador em termos de capacitação, embora durante muito tempo o ColGA tenha assumido um caráter consultivo”, nos diziam os trabalhadores. Hoje tem assento do ColGA o diretor geral, técnico, médico, administrativo e de enfermagem, os gerentes e os suplentes das unidades de produção, e um usuário embora tenha uma participação fragilizada. Entretanto, independente de ter assento ou não, qualquer trabalhador que quiser pode participar do ColGA com voz e vez para se colocar. Como destacam as apoiadoras, aos poucos esses espaços de colegiado vão apresentando indicativos da necessidade de serem mais politizados para que os trabalhadores sejam mais *participativos*,

propositivos e resolutivos, como uma utopia¹⁷ em que qualificar a gestão e a atenção se mantém no horizonte instigando aos trabalhadores o caminhar sempre.

Mais um passo foi dado: a multiplicação do apoio institucional que, segundo COSTA (2013) funcionou como uma ferramenta de suporte aos movimentos de mudança deflagrados por coletivos. *“O núcleo da PNH na SESAP, então, ofertou um curso de formação de apoio institucional em todo o Estado. Dentre os participantes estávamos alguns de nós. Muitas leituras, muitas noites e finais de semana para estudar sem deixar de dar conta do trabalho que já exercíamos no hospital”*, disse uma apoiadora ao se lembrar da importância do apoio para o processo histórico de construção da cogestão no hospital. Parte dos próprios trabalhadores que aderiram ao movimento de mudança pode se tornar apoio institucional para contribuir com o processo de construção dos colegiados em cada unidade. A apoiadora, nesse sentido, afirma a importância da formação lembrando inclusive que, embora tenha sido um processo difícil, hoje existe um grupo permanente de formação de apoiadores dentro do hospital em que o trabalhador com *vontade* e/ou com *perfil* é bem vindo para compor esses arranjos de apoio. Durante reunião que participamos com esse grupo de formação de apoiadores acompanhamos uma discussão sobre a importância de garantir a continuidade da construção de elementos estruturantes da cogestão como os colegiados, os estudos de caso, a participação dos gerentes nas reuniões do ColGA, os protocolos de alta, os programas de visita aberta, os grupos com acompanhantes, dentre outros que desenham a cogestão no cotidiano de cada unidade de produção.

Nesse sentido, ao longo desse processo histórico multiplicaram-se os apoiadores e os colegiados constituindo arranjos para, pouco a pouco, se modificar o organograma, os nomes de setores, e principalmente o modo de trabalhar. Como afirmam os diretores e apoiadores, nada do dia pra noite, mas pouco a pouco num processo lento e difícil. *“Hoje é que se fazem muitas reuniões, embora nem todos os colegas gostem, acham chato participar ou acham que é perda de tempo”*, nos relata uma apoiadora. Mas às vezes, como podemos acompanhar nessa caminhada institucional, quando os trabalhadores vêm alguém sozinho quebrando a cabeça com a construção de escalas para o plantão ou construindo um processo de compra de

¹⁷ Aqui se faz referência a Eduardo Galeano (2001, p. 230). Segue adiante o trecho original: “Ventana sobre la utopia. Ila está en el horizonte —dice Fernando Birri—. Me acerco dos pasos, ella se aleja dos pasos. Camino diez pasos y el horizonte se corre diez pasos más allá. Por mucho que yo camine, nunca la alcanzaré. ¿Para qué sirve la utopía? Para eso sirve: para caminar.”

materiais com dificuldade, eles se colocam como questão se é ganho ou perda de tempo compartilhar nas reuniões os problemas enfrentados no dia a dia. Então, os trabalhadores, diretores e apoiadores qualificam seus argumentos e expõem que propor espaços coletivos não é fácil. Exige dedicação, exige tempo, exige esforço, exige conversas, exige comprometimento, mas com certeza, se tem muito a ganhar com isso, e nesse sentido, quando mais trabalhoso mais resolutivo.

Apesar dos muitos medos que uma mudança pode trazer, os trabalhadores assumiram a decisão de serem resolutivos mesmo que ainda existam colegas e usuários que não gostam dessas mudanças. *“Alguns dos trabalhadores muitas vezes também, querem cuidar controlando os processos, mas aos poucos se aprende a confiar no outro”* disse uma trabalhadora ao analisar sua própria dificuldade no exercício de, enquanto gerente, não centralizar as decisões em si mesma. Fiar com o outro compartilhando as responsabilidades, expondo os erros, os problemas, os acertos, as soluções, fazendo pactos, desenvolvendo a autonomia nos coletivos. O controlar por medo ou pela culpa em torno da possibilidade de erro nos processos de trabalho aos poucos vai sendo substituído pelo confiar como estratégia mais potente e alegre de cuidar.

No modelo de gestão colegiada existe função de gerente, são funções executivas, operacionais e de controle, de assegurar comprometimento das deliberações, de decidir diante de uma situação imediata, mas sempre pautado nas diretrizes deliberadas em reunião do colegiado junto à equipe da unidade de produção (CAMPOS, 1998). Os gerentes deixam a função de autoridade centralizadora das decisões, os trabalhadores deixam a submissão e a omissão e se responsabilizam pelo serviço, mas “os processos de cogestão para planejamento, execução, monitoramento e avaliação não implicam ausência de tarefas específicas e nem uma amenização dos enfrentamentos que decorrem das disputas de poder” (PEDROSO; VIEIRA, 2009, p. 697).

Inclusive a Unidade de Pediatria no HGT é gerida por uma psicóloga, pois, como afirmam as apoiadoras, isso é possível visto que o que será gerido são os processos de trabalho, o que pode ser feito por qualquer trabalhador que compreenda essa função de gerente. Qualquer trabalhador pode ocupar o cargo de gerente de uma unidade de produção. Desnaturalizar que todo gerente tem que ser médico é transversalizar as relações de saber-poder, fugindo da lógica de “manda quem pode e obedece quem em juízo”. A construção de

um plano comum, afirmativo da dimensão pública da política de saúde que não é de partido e nem de governos específicos, é um esforço permanente de cogestão (PEDROSO; VIEIRA, 2009). Perpassa a desestabilização das fronteiras de saber-poder sem homogeneizar os exercícios de poder (BARROS, 2007), mas afirmar o paradigma rizomático do saber, onde se abra mão das verticalidades e horizontalidades para produzir múltiplas possibilidades de conexão, de aproximações e trânsitos (DELEUZE; GUATTARI, 1992 apud PEDROSO; VIEIRA, 2009) constituindo práticas de vinculação e criação desse comum a partir de redes do trabalho afetivo (TEIXEIRA, 2005). Nesse sentido, como nos apontou uma apoiadora *“enquanto trabalhador é mais fácil o outro decidir por você. Enquanto diretor é mais fácil decidir tudo sozinho”*, mas durante a caminhada institucional vimos que a aposta dos trabalhadores não é seguir o fluxo e fazer o mais fácil, que descentralizar a função gerente e transversalizar as relações são princípios e *ações com o outro*, importantes para garantir a viabilidade do SUS.

Com essa clareza importava aos trabalhadores construir sistematicamente outro modo de gerir os processos de trabalho, que ressaltasse a implicação¹⁸ nos acordos coletivos e na avaliação das práticas, que considerasse todo trabalhador um gestor do seu próprio fazer. *Quando algum de nós se depara com um problema a gente sabe que pode contar com o outro. Então, se o problema é urgente buscamos articulações imediatas com os colegas da nossa unidade de produção ou até de outra unidade e junto à direção. Tem coisas que não dá pra esperar uma reunião formal da agenda dos colegiados para se resolver, tem coisa que não dá pra gente resolver sozinho, tem coisa que a gente resolve de um jeito hoje e amanhã já tem que ser diferente.*

Com essa fala que ouvi ecoar e reverberar em diferentes espaços de reuniões, entrevistas ou nos corredores do hospital, percebemos que os trabalhadores, como em tantos outros lugares do país, desenvolveram um jeito singular de fazer o SUS dar certo, sem a pretensão de que fosse o melhor jeito ou a forma idealista. Mais um jeito dentre tantos outros possíveis a serem inventados e como afirmou um dos diretores *“isso é reconhecido entre os trabalhadores, é reconhecido pela SESAP, isso está crescendo na rede de atenção hospitalar*

¹⁸ Implicação se refere ao modo como as pessoas estabelecem relações. Ninguém está mais ou menos implicado. Na verdade, a implicação não é uma quantidade de importância que as pessoas atribuem a determinadas questões, mas o modo se produzem as relações (ALTOÉ, 2004).

no Rio Grande do Norte”, e está como percebemos, está reverberando em outros cantos do Brasil.

Existem reconhecimentos que indicam que tem dado certo, mesmo com os grandes desafios com que os trabalhadores convivem com as mudanças em curso. Mas, o hospital resistiu há três governos de gestão vertical, garantindo a cogestão por um modo de funcionamento coletivo e não por causa da direção, certo? Compreendemos que a direção tem sua importância, mas foi e é o coletivo de trabalhadores que tem sustentado essa aposta no “S” processo “S” de cogestão que estão em constante construção no HGT.

Bem nos serve a expressão de Galeano (2015): *contraescola*. Trazer aspectos do processo histórico de construção da gestão colegiada nos permite acompanhar como o HGT se coloca como uma *contraescola* nesse mundo ao avesso: aliados às lutas cotidianas, lutas imediatas, lutas sem fim travadas pelos trabalhadores em que fazer colegiado, arranjos de apoio, pensar na função do gerente, acompanhar os processos, estar com os usuários e até mesmo contar essa história é resistir ao modelo de gestão hegemônico, desestabilizando-o e propondo mudanças concretas. Como disse um dos diretores *“ainda estamos aprendendo a fazer a cogestão e temos um longo caminho a percorrer”* e assim o HGT segue sem perder de vista a importância de construir experiências do SUS que dá certo. E essa história, quando ouvimos um dos diretores dizer, nos faz ver o HGT como uma *contraescola* que não se esquece do passado, que imagina o futuro e intervém no presente para transformá-lo, sem se acomodar a espera de um milagre revolucionário, pois *“no nosso tempo fomos esmagados pela verticalidade, mas a juventude de hoje não aceita mais isso e segue nos ensinando como é importante e eficaz que cada um contribua com sua capacidade de pensar e se expressar para construirmos o SUS que queremos”*. Uma *contraescola* que se analisa e se indaga enquanto parte de um sistema de saúde *“Por que o SUS não se sustentará se não por caminhos democráticos, mas quem está disposto a pagar o preço da democracia?”* Uma *contraescola* que aposta que *“Nós estamos no caminho certo”*.

6. APRENDENDO A JOGAR.

6.1 A coexistência do modelo conservador e do democrático no hospital.

Cantarolar enquanto descíamos a ladeira do Alecrim¹⁹ em direção ao hospital. A música se chama “Aprendendo a jogar” (ARANTES, 1980), interpretada por Elis Regina, que ouvíamos na Rádio Marinho²⁰. A cada passo cantarolar nos remetia às experiências de cogestão do hospital, dando pistas de que nessas vivências todos nós aprendíamos a jogar um jogo difícil. Agora nos damos conta de que a música evocava cenas e dizeres dos trabalhadores sobre a coexistência de dois modelos de gestão, o *conservador* e o *democrático*.

As resistências não quebram totalmente porque *os dois modelos coexistem*. Quando o conservador será mais forte do que o democrático, isso vai variando conforme o contexto político, as relações, os conchavos, as articulações políticas [...] por que isso envolve interesse, militâncias e outras situações. [Apoiadora Institucional].

O modelo norteador dos processos de trabalho, se conservador ou democrático, está em constante comunicação com o meio, intimamente relacionado então com certas configurações desse jogo de força (as políticas no estado, os recursos financeiros, as hierarquias no hospital, os direitos dos usuários, dentre outros vetores de força). O “velho modelo” conservador disputa espaço na gestão da vida e com práticas de controle, de mando, de fragmentação, de manutenção do *status quo*, quer gerir o modo como o humano se organiza capturando a vida e modelando-a. Na cogestão se joga pelo movimento constante de autopoiese, instigando autonomia e corresponsabilização em processos de trabalho que abram passagem para a vida se refazer no hospital.

Tomamos o conceito de autopoiese dos estudos da Cognição, a partir da Biologia do Conhecimento, desenvolvida nos anos 70 por Maturana e Varela (1995), pois contribui com a discussão sobre como a cogestão enquanto um arranjo institucional instiga o movimento constante e contribui com o refazer-se da vida nos processos de trabalho. O termo grego “*Auto* – próprio” e “*poiesis* – criação” foi apropriado pelos autores nas teorias cognitivas, fazendo oposição aos tradicionais modelos computacionais da mente em que o organismo

¹⁹ Bairro localizado no distrito oeste de Natal/RN.

²⁰ Rádio do RN.

processa a representação de uma dada realidade por *input/output*, sendo o conhecimento determinado por regras heterônomas e transcendentais (MATURANA; VARELA, 1995). Na autopoiese o conhecimento é cíclico, no sentido de que o ser vivo produz o conhecimento no mesmo processo em que produz a si mesmo, conhecer é inventar-se, daí a identificação entre vida e cognição (EIRADO; PASSOS, 2004). Se um organismo é criador e criação no ato de conhecer e viver, isso não significa que o faz isoladamente, ele delinea uma estrutura própria que lhe conserva uma forma e um funcionamento, mas está em constante comunicação e troca com o meio, e assim opera com autonomia (MATURANA; VARELA, 1995).

É no viver que se concentram esforços para pensar a vida como processo de autocriação contínua e essa questão abre caminho para pensarmos nos modos de vida que criamos coletivamente (EIRADO; PASSOS, 2004). Nesse sentido, a autopoiese expressa que a mudança de paradigma não interfere apenas nas ciências cognitivas, mas também nos modos de vida, nos processos de subjetivação (EIRADO; PASSOS, 2004). Cogerir, nesse sentido, não seria um convite para construir um viver que afirma a autonomia?

De acordo com Maturana e Varela (1995) existe um acoplamento estrutural em que há uma ontologia do organismo a partir da incessante comunicação e troca com o meio, em que a autopoiese acontece de acordo com determinadas circunstâncias. Existe também o acoplamento social, em espécies vivas que compartilham certo domínio linguístico e vivem em coletividades, que possibilita “se envolver de modo recíproco na realização de suas respectivas autopoieses” (MATURANA; VARELA, 1995, p. 230). Consideramos que a cogestão propõe um arranjo institucional que, assim como um organismo ou sistema, está baseado na consistência estrutural dos Colegiados. Os Colegiados são espaços de comunicação e troca sobre as circunstâncias do meio, espaço de conversa, análise e decisão que mantém a cogestão pulsando no HGT. Essa constante comunicação entre os trabalhadores e entre os Colegiados provoca uma incessante reinvenção de práticas, responsabilização e articulação de ações no presente concreto, afirmando a autonomia.

Se “o ser e o fazer de uma unidade autopoietica são inseparáveis, e esse constitui seu modo específico de organização” ao falar da cogestão, estruturada em coletivos com certa autonomia e produtora de movimentos de autonomia como condição para a existência da vida, dos modos de cogerir, não estaríamos diante de um sistema autopoietico que se reinventa a cada passo que avança? Quanto mais se experimenta a cogestão mais esse sistema pode

reinventar as práticas, pode nortear os processos de trabalho e instigar o movimento de afirmação de autonomia, retroalimentando a própria cogestão. É preciso aqui lembrar que Maturana e Varela (1995) afirmam que a autopoiese não se restringe aos seres vivos e usamos esse termo para afirmar o potencial criativo dos movimentos de cogestão no HGT.

Entretanto o modelo conservador de gestão, parte do pressuposto de que os seres vivos inseridos nos processos de trabalho – os trabalhadores e usuários – devem operar pela heteronomia, o que não contribui para que os trabalhadores vivenciem essa força criativa da vida. Na gestão hegemônica a principal característica do jogo é a verticalidade e a centralidade do mando que, a nosso ver, pode produzir posições de estagnação e paralisia diante da ausência de regras claras. Nesse jogo, as regras valem para uns e não para outros, se modificam em função de conchavos, estabelecendo privilégios, enquanto na cogestão se joga com o movimentar-se construindo regras claras, que valem para todos, em acordos coletivos. E nesse jogo acirrado no plano coletivo das forças percebemos que os trabalhadores usam dessa força ativa da vida para inventar estratégias para resistir ao modelo conservador nesse jogo, ou até mesmo criam outros jogos possíveis que escapam da lógica hegemônica/estéril de gestão.

Cenas vivenciadas ao longo da caminhada institucional expressam diferenças de aposta entre os modos de gestão. Durante uma entrevista com uma trabalhadora, perguntei se ela tinha clareza dos motivos pelos quais existem pessoas contra a cogestão. Como se houvesse um medo de perder privilégios tecidos há anos, de desmanchar certas articulações políticas, relações de poder ou conchavos, as pessoas preferem manter esse funcionamento que estão acostumadas, preferem não sair do conforto, a trabalhadora explica coadunando com a ideia trazida por uma apoiadora institucional:

O grande problema é que você tira do estado atual de inércia. Você faz o movimento e esse movimento de mudança assusta por que as pessoas não querem se mexer, não querem sair do conforto e não querem perder os privilégios. [Apoio Institucional]

Corpos cheios de vitalidade afirmavam o movimento de cogestão como alternativa e como afirmação política. Quando pesados, desanimados, opacos e sem vitalidade esses corpos carregavam discursos de descrença, cansaço diante do serviço público. E assim percebemos que o modelo conservador hegemônico produz certa inércia como se enfraquecesse o vivo, retirando tal expressão de vitalidade não só das pessoas, mas dos processos de trabalho interceptados pela burocracia. Opostamente, consideramos que nos colegiados e em outros

espaços de discussão sobre a cogestão, se expressava muita vitalidade, e quanto mais se conversava mais se tem coisa para conversar, quanto mais se movimenta mais movimento se afirma. São espaços em que também se cansa e também se desanima, mas onde o movimento não quer parar, reanima e revigora pela força do coletivo. Lembramos então de que no acoplamento social existe um envolvimento recíproco para realização das autopoieses e que na cogestão esse envolvimento nos colegiados instiga esse reinventar-se de si e do mundo.

De acordo com os diretores, quando se está em roda do colegiado, fazendo a tríplice inclusão junto aos trabalhadores e gerentes, se cria outro modo de gestão que as pessoas não estão acostumadas. Nem todos gostam dessas mudanças, fazendo às vezes de tudo para manter as coisas como estão e evitando participar desses espaços. Os “boicotes” à cogestão eram lembrados com espanto por trabalhadores entrevistados, compondo movimentos de oposição à cogestão questionando as mudanças: “Tá ruim, mas tá bom! Pra quê mudar? Sempre foi assim!”.

Durante uma reunião do Colegiado de Pediatria uma trabalhadora dizia que as pessoas estão *“acostumadas com a gestão formal, gestão que um manda e o outro obedece, gestão que um pensa e o outro executa.”* Essa fala contribui para pensarmos como os colegiados assumem uma posição propositiva frente ao já dado, criando desvios dos modos cristalizados de gerir e produzir cuidado no hospital. Ser propositivo produz movimento afirmativo e, pode ser uma estratégia em espaços em que a gestão hegemônica cristalizou e secou a vitalidade dos modos de fazer.

Como uma trabalhadora acrescentou durante o Colegiado de Pediatria, a gestão participativa já é um movimento antigo, mas que ainda é atravessado por posturas engessadas, arraigadas naquele modo antigo de fazer gestão dos processos de trabalho: sozinho, sem contar com o saber do outro trabalhador, sem contar com a interdisciplinaridade. Diz também que passará muitos anos e que ainda existirão pessoas dizendo que preferiam como antigamente, que hoje é uma bagunça por que todo mundo manda, que inventaram esse negócio de colegiado, que participar de reunião é perda de tempo, que apoio é só conversa e blá blá blá. É uma série de expressões relatadas pelos trabalhadores como estas, lembradas por nós, que nos faz ver a coexistência de movimentos reativos frente às mudanças cogeridas.

Como um sistema autopoietico a cogestão provoca mudanças o tempo todo nos modos de trabalhar no hospital, alterando, para além dos protocolos, os valores, as posturas. Como outro modelo de gestão, a cogestão se espalha nas lutas do dia a dia, infinitas e sutis, e interfere aos poucos até mesmo nessas reações contra a cogestão. Para nós com a cogestão existe mais vitalidade nos modos de trabalhar, nos espaços de gestão e atenção no hospital, que trás essa dinâmica de mudanças sucessivas em prol das demandas do presente concreto.

Então, por que tem um modelo de gestão que sustente... então isso vai... [Faz um gesto com as mãos de espalhar com os dedos no ar, os braços levantados...] contamina, entendeu? Então, esses resistentes, não são tão resistentes sozinhos. A não ser que volte uma gestão [verticalizada]. Aí vai minando os que eram [da gestão compartilhada]. É um movimento, né?! [Apoiadora Institucional]

Gestos de expansão, gestos e não apenas palavras nos dão pistas de como a cogestão devolve a vitalidade que o modelo conservador quer cristalizar, estagnar e modelar. Os gestos da apoiadora institucional descritos no trecho anterior faz nos sentir vivos e cheios de força para expandir nessa pesquisa e na vida, nos lembra da nossa vitalidade que deixamos de experimentar ao nos entregar a heteronomia. Não se trata apenas de gestos, mas do efeito de contágio em que nessa expansão dos movimentos de construção da cogestão como diretriz dos processos de trabalho, assim como outros trabalhadores, nós somos afetados, contagiados e nos sentimos mais vivos. Existe um exercício, um aprender a jogar, para afirmar um modelo democrático que se sustente essa vitalidade em nós, essa vontade de viver a nossa autonomia sempre em relação com o outro.

6.2 Movimentos Congestivo-Cogestivo e Cogestivo-Congestivo.

Naquela sexta-feira à tarde, termino a entrevista, desligo o gravador e fecho o caderno amarelo. A entrevistada, uma médica, gerente de uma unidade de produção, nos sugere incluímos na pesquisa as opiniões contrárias à cogestão. ‘Mas como encontrar essas pessoas que são contra a cogestão?’, perguntamos. Ela sorri dizendo que nos levaria a uma delas. Saímos da sala. A médica nos apresenta a uma assistente social, convidando-a a falar sobre o que acha da cogestão. A trabalhadora estranha o convite exclamando “Congestão?! Não sei... Eu não sou contra, só não participo!”. Mas aceitou dar a entrevista e explicou que até achava a cogestão muito importante, que sentiu melhoras, mas que são muitas as reuniões

e que são chatas de participar. “Chatas como?”, perguntei. De acordo com ela *é muita conversa*.

Em “A Condição Humana” Hannah Arendt (2005) discute a fundação do espaço público e da democracia grega a partir da ação discursiva. De acordo com a autora a *Polis* era dividida entre o espaço privado, o reino da violência, e o espaço público, o reino da liberdade (ANTUNES, 2004). Na dimensão privada, onde se exercia as relações de parentesco (*phratría* e *phyle*) não havia qualquer discussão livre. A família era o lugar de pura desigualdade, de satisfação das necessidades de segurança e alimentação e o homem assegurava a ordem doméstica a partir de “um poder totalitário sobre a vida e a morte” (ANTUNES, 2004, p. 3). A privação da capacidade de agir e dos canais de comunicação entre os indivíduos no espaço privado era uma violência legítima (LOPES, 2001, p. 181). Cabia à mulher cuidar dos filhos e aos escravos cuidarem dos afazeres domésticos, todos sob a autoridade do cidadão – o homem livre.

O homem que tivesse suas necessidades supridas nas relações de parentesco poderia ocupar o espaço público na condição de cidadão. Os demais – mulheres, escravos e crianças – não eram considerados cidadãos na democracia grega e, portanto não poderiam participar do espaço público. Somente aos cidadãos cabia o exercício de liberdade da prática discursiva, onde não há senhor e servo, dominador e dominado. O uso da palavra é base da dimensão pública e nela todos os cidadãos (ou seja, somente os homens livres) são iguais para o exercício da ação discursiva. Nesse sentido, “muita conversa” é condição para a existência da política na democracia grega. É a ação discursiva que funda a *polis* como um espaço fora das necessidades humanas, em que apenas os homens livres poderiam exercer a retórica e a persuasão, a agonística política, como forma de afirmação de si e construção do plano comum (ARENDT, 2005).

“A esfera pública é a própria prática discursiva” (LOPES, 2001, p. 187). Os colegiados são espaços públicos nutridos por indagações, por muita conversa, mas que, ao ouvir a trabalhadora denominá-los de chato, o vemos atravessado por uma perspectiva da vida privada que o enxerga como um fardo, uma coisa chata da qual não se quer participar, e nem mesmo propor outro modo de funcionamento mais interessante. Consideramos que com a ação discursiva os trabalhadores experimentam a política como atividade de interação, experimentação e criação de si e do mundo que os rodeia (LOPES, 2001). Mas avaliamos que

a “chatice” comparece nos jogos de força, dentre outros vetores existentes, como movimentos que atravessam a experiência de cogestão no hospital, e não se restringem, portanto a certos grupos ou pessoas.

Concordamos, então, com Lopes (2001) que o político não é sinônimo de Estado, não está vinculado a partidos ou aos aparelhos estatais, pois o espaço público não precisa de algum suporte institucional para existir. Como na democracia grega, os colegiados como espaços públicos no hospital podem “ser criados e redefinidos constantemente” sempre que houver esse exercício da ação discursiva entre os indivíduos (LOPES, 2001, p. 182). Nesse sentido, consideramos que se esse movimento de achar os colegiados chatos fosse colocado em questão, analisado com os que compartilham dessa perspectiva da “chatice”, poderia se inventar coletivamente outras formas de reuniões, significá-las, fazendo-as mais interessantes do que ‘chatas’ e fortalecendo a dimensão política dos colegiados. Nesse sentido, existir trabalhadores que são contra a cogestão não nos parece um problema desde que esses movimentos que atravessam certas experiências com a cogestão sejam ruminados coletivamente. Para isso seria necessário coragem, a disposição para experimentar, trocar e ruminar os pontos fracos e fortes dos processos de mudança disparados com a cogestão, tomando essa “chatice”, por exemplo, como objeto de ruminação partilhada e coletiva no que estamos chamando de movimento congestivo-cogestivo.

Nós temos um grupo resistente à mudança, que ainda não deixamos de ver, mas que aos poucos está voltando pra cá ou por força ou por não terem capacidade de enfrentamento. [...] Hoje elas não estão sendo eficazes nos boicotes que já tentaram fazer, e aí estão começando a negociar. Que foi o caminho encontrado [Ex-diretor].

Compreendemos que quando alguém coloca a cogestão em questão e participa dos colegiados, seja para dizer até mesmo como é “chato”, por exemplo, ou para compartilhar outras oposições, discutir e analisar aquilo que não concorda no curso das ações e mudanças, isso pode favorecer o movimento de qualificar as práticas democráticas se não interceptar a criação de outras formas mais potentes para o cuidado, pois, como afirmou uma apoiadora durante uma entrevista “Esse posicionamento sustenta a democracia, é você estar em uma roda e ter a liberdade de dizer tudo”, inclusive aquilo com que não concorda. Pensamos que o movimento congestivo-cogestivo é um modo de operar que atravessa essa experiência da cogestão no hospital fazendo oposição, mas com pouca força de enfrentamento, no sentido de colocar críticas nem sempre consistentes contra as mudanças e que, portanto não impede que a cogestão dos processos aconteça. Mas o que importa nesse movimento congestivo-cogestivo

é que, mesmo fazendo oposição, possibilita aos poucos uma aproximação dos colegiados, uma aceitação da negociação, de forma que às vezes esse movimento de oposição é assimilado pelos processos de cogestão, movimentando-os e fortalecendo a dimensão política nos espaços coletivos.

Além dos movimentos congestivos-cogestivos ainda encontramos outros vetores de força que a nosso ver atravessa a experiência de cogestão no hospital: os movimentos cogestivos-congestivos. Embora ambos tenham o mesmo ponto de partida – fazer oposição às propostas de mudanças a partir da cogestão – os dois movimentos encontram saídas diferentes para os incômodos vivenciados com as mudanças: se o primeiro termina no ruminar coletivamente as problemáticas vivenciadas no cotidiano do hospital, o segundo, ao contrário, terminará produzindo afastamento e isolamento dentro dos processos de cogestão, provocando uma congestão localizada, dificultando o andamento das proposições gerais de mudança. Como podemos pensar a partir dos trechos a seguir, ainda existe um movimento de oposição que defende a volta do modelo de gestão vertical, mas que atua de forma pulverizada, fazendo “zuada”, sem compor força coletiva, sem disposição para propor alternativas, e aos poucos esse movimento vai perdendo força.

Os dissidentes, sempre tem alguns que sustentam à vontade e à contra lei que o vertical é melhor, mas hoje eles estão ficando menos” [...] “As pessoas resistem boicotando, não indo aos colegiados, dizendo que é blá blá blá. Colocando no Whatzapp que é só conversa e que não resolve, que não aumenta salário, que não dá condição de trabalho. Como é que a gente poderia quebrar esse tipo de resistência é que é o desafio [Apoiadora Institucional]

É uma linha muito tênue que distingue essa resistência que [...] não forma um coletivo que faça oposição à cogestão. Ela não tem essa força. Ela vai embora, faz zuada, só. Mas está mostrando um constrangimento de não aderir [à cogestão]. [Apoiadora Institucional]

Nesse sentido, é importante lembrar, não estamos afirmando que esses movimentos são opostos entre si, uma vez que eles comparecem no jogo de força assim como muitos outros vetores. Dividimos esses movimentos num exercício didático apenas para apontar aqui certos efeitos que observamos na experiência de cogestão no hospital. Dessa forma, gostaríamos de destacar que os movimentos de cogestão-congestão, quando circulam pelos corredores do hospital e pelos espaços virtuais fazendo “zuada” eles não compõem força apenas se dissipam em desânimo, desqualificação, alardes e acabam expressando um saudosismo de que antes é que era bom. Um movimento que tece reclamações sobre as mudanças por fora dos espaços coletivos e não contribui com as discussões sobre os conflitos

advindos com elas. Como o vômito que indica a interrupção do processo de digestão, dizeres de que ‘o colegiado é perda de tempo!’ e que ‘o apoio é só conversa!’ expressam, assim, um movimento que recusa o contato, o contágio e a experimentação dos espaços coletivos propostos pela gestão colegiada. Nesse sentido, avaliamos que o movimento cogestivo-congestivo deve ser desinvestido de força por não contribuir com os processos democráticos no hospital. Como fazê-lo é o desafio que exige coragem e espírito de luta para fortalecer os espaços públicos (ANTUNES, 2004).

Para ocupar espaços públicos é preciso coragem e espírito de luta (ANTUNES, 2004) e nesse sentido habitar os colegiados é um exercício de afirmação, um exercício de retórica e persuasão, em que é preciso arriscar posicionamentos. Essa agonística política só é possível com muita conversa e nesse momento nos lembramos do alerta de Lopes (2001), de que não deveria ser um fardo a liberdade de estar continuamente construindo o novo a partir da ação política. As reuniões são cansativas e exigem um intenso exercício de se constituir enquanto um ser político, contrapondo-se ao que vivemos hoje: a desestruturação da vida pública onde o agir político é substituído por um comporta-se (LOPES, 2001). Mas no hospital se busca abolir esse conformismo, ao construir espaços públicos com coragem e espírito de luta, em que se discutem as experiências, se compõem o plano comum para mudar as coisas, para fazer acordos coletivos, para compartilhar as responsabilidades e cogerir os processos de trabalho.

6.3 Entre estratégias de luta: movimentos de resistência e forças reativas.

O povo assiste o jogo ou joga o jogo?

Numa democracia, se verdadeira, o lugar do povo não é no campo de jogo? A democracia é exercida apenas no dia em que o voto é depositado na urna, a cada quatro, cinco ou seis anos, ou é exercida todos os dias de cada ano?

Uma das experiências latino-americanas de democracia está em andamento na cidade brasileira de Porto Alegre. Ali, os vizinhos discutem e *decidem* o destino das verbas municipais disponíveis para cada bairro, e aprovam, corrigem ou desaprovam os projetos do governo local. Os técnicos e os políticos propõem, mas são os vizinhos que dispõem (GALEANO, 2015, p. 319).

Entre o Rio Grande do Norte, com nossas vivências em Natal, e o Rio Grande do Sul, com as vivências de Galeano em Porto Alegre, o que vemos se não a raridade do exercício cotidiano da democracia? Entendemos que a produção de arranjos institucionais está inserida

em um campo cujo jogo todos estamos vivendo e aprendendo a jogar. É uma luta travada não entre “dominadores *versus* dominados”, pois não nos compreendemos em “estados de dominação” (FOUCAULT, 2015). A partir da analítica do poder nas obras de Foucault, propomos que as relações no hospital são como campo de forças múltiplas, móveis, flexíveis e instáveis que compõem um diagrama de pontos (BAMPI, 2002).

Como um complexo campo de batalha entre forças intensivas nesse diagrama já dissemos da coexistência e da disputa entre o modelo conservador e o democrático que nos aproxima dessa agonística do poder (BAMPI, 2002). Destacamos a força autopoietica da cogestão e a importância da ação discursiva nos colegiados para a fundação de espaços públicos e de exercícios da democracia no hospital. Tais acontecimentos fazem do hospital uma contraescola no mundo ao avesso que constrói estratégias de resistência como táticas de enfrentamento ao modelo conservador. É um convite a explorar a temática da resistência: quais estratégias sustentariam a cogestão como um movimento de resistência nesse jogo de poder?

De acordo com Foucault (2015, p. 369) “o poder não existe” e entendemos a partir disso que “o poder” se refere a certa dinâmica nas relações, não sendo algo dado de antemão e nem definitivo. Foucault explica que o poder é um “feixe de relações [...] um feixe aberto” mais ou menos piramidalizado e coordenado, mas “sem dúvida mal coordenado” (FOUCAULT, 2015, p. 370). É uma provocação para pensarmos o poder como uma rede heterogênea e instável, que se espalha não apenas de “cima para baixo”, mas se capilariza de baixo para cima, se irradia do centro para as periferias de modo que o problema passa a ser não a localização do poder, mas:

ver como as grandes estratégias de poder se incrustam, encontram suas condições de exercício em microrrelações de poder. Mas sempre há também movimentos de retorno que fazem com que as estratégias que coordenam as relações de poder produzam efeitos novos e avancem sobre os domínios que até então, não estavam concernidos (FOUCAULT, 2015, p. 371).

Então, em certo sentido existe um movimento que pretende a condução dessas relações de forças e outro que faz um desarranjo dessas relações, reconfigurando esse jogo numa dinâmica constante. Dessa forma, enquanto os dispositivos de poder querem administrar e gerir a vida conduzindo as condutas dos outros, o próprio poder resiste, tenta “utilizar suas forças ou escapar de suas armadilhas” (ALVIM, 2009, p. 6). Assim, a

resistência é, pois uma forma de poder que faz oposição a esse controle a partir da construção de estratégias que encontram condições de exercício nas relações cotidianas (ALVIM, 2009).

Caminhamos nessa pesquisa, então, mapeando as estratégias de luta e nos atentando para não confundir os estados de dominação onde não existe liberdade, com as relações de poder no hospital em que existem jogos entre liberdades (BAMPI, 2002). Lembremos-nos de que o poder não se reduz à “hipótese repressiva”, mas ocupa uma categoria positiva em que é inventivo (ALVIM, 2009). Os dispositivos de poder pretendem a condução das relações de poder não só para normalizar, reprimir, condenar, punir, censurar ou tolerar, pois como indicou Foucault a partir da *História da Sexualidade* “mais do que proibir ou interditar, ele incita” a produção de discursos, de corpos, de modos de viver (ALVIM, 2009, p. 4).

Os movimentos de resistência compõem pontos ou nós irregulares distribuídos com mais ou menos densidade no jogo relacional com o poder (ALVIM, 2009; BAMPI, 2002). Nesse sentido, existem focos de resistência no hospital que fazem frente ao propósito da RGH (CAMPOS, 2007b) de centralizar as decisões, hierarquizar os saberes-fazeres, dentre outras práticas que querem administrar, gerir as condutas e a vida para “fazer funcionar um padrão ótimo” (ALVIM, 2009, p. 4). Esses focos de resistência disparam processos de reinvenção do trabalho a partir da transversalização das relações de poder e da corresponsabilização possíveis a partir das experiências tecidas no dia a dia e compartilhadas nos colegiados.

Uma gestora de unidade interrompe a apresentação da assistência jurídica, enviada pela SESAP ao Colegiado Ampliado e pergunta: “quer dizer que, depois que eu me aposentar, quando estiver cuidando das minhas galinhas no meu quintal, posso receber um processo na minha porta por cometer uma improbidade administrativa²¹, mesmo que seja por eu entregar um remédio para salvar a vida de um usuário contrariando normas que nem conheço?” Acabávamos de ouvir a recomendação de que os gestores e qualquer trabalhador se responsabilizasse individualmente a seguir todos os trâmites burocráticos existentes, em face de possibilidade de cometerem a “improbidade administrativa” que nunca prescreverá caso sejam processados.

²¹ Improbidade administrativa seria uma ação de irregularidade do servidor público a partir do qual ele enriquece, favorece o enriquecimento de outro ou age de forma desleal com o serviço público. Para mais detalhes acesse: <http://premiodejornalismo.escola.mpu.mp.br/destaques/o-que-e-improbidade-administrativa>

Os trabalhadores tensionaram essa conversa e começaram a se colocar na reunião do Colegiado Ampliado, dizendo sobre como ouvir aquela apresentação provocara medo de trabalhar na saúde, a final, qualquer ação se torna um risco, já que as regras do jogo não são claras. Citaram o exemplo de um médico do hospital que respondia a dois processos onde em um deles era acusado de fazer determinado procedimento de liberação de medicamento contrário às regras, mas com a finalidade de garantir o tratamento de um usuário. Depois o médico foi acusado de negar o mesmo procedimento a outro usuário, mas essa ação tinha a finalidade de cumprir as normativas. Cumprir ou não cumprir as normativas nesse caso não fez diferença e a responsabilização individual que produziu um culpado.

Findada a apresentação e após a retirada do assistente jurídico enviado pela SESAP, os trabalhadores se alvoroçaram. E em meio às conversas o diretor anunciou a continuidade da reunião. Mas, depois dessa apresentação que tinha como efeito a produção de medo nos trabalhadores, enfatizando uma responsabilização individual parecia não ter sentido continuar a falar de cogestão, que afirma a corresponsabilização. E foi a partir do compartilhar dessa indagação e de algumas controvérsias como essa que havia vivenciado ao longo da caminhada institucional que começamos a conversar sobre o processo de pesquisa. (Diário de Campo)

[...] para que haja um movimento de cima para baixo é preciso que haja, ao mesmo tempo, uma capilaridade de baixo para cima. [...] Todo poder, seja ele de cima para baixo, ou de baixo para cima, e qualquer que seja o nível em que é analisado, ele é efetivamente representado, de maneira mais ou menos constante nas sociedades ocidentais, sob uma forma negativa, isto é, sob uma forma jurídica (FOUCAULT, 2015, p. 372-373).

Trazemos a discussão a respeito da improbidade administrativa evocada pela SESAP durante a última reunião de Colegiado Ampliado em que tivemos oportunidade de participar. Certamente a presença da assistência jurídica no colegiado expressa o poder que quer conduzir a conduta do outro, regulando as práticas e os processos de trabalho no hospital (ALVIM, 2009). Pela via do direito esse poder é representado sob uma forma negativa que reproduz discursos de responsabilização individual e exerce o poder de cima para baixo na base da repressão, penalização e culpabilização (FOUCAULT, 2015). A culpabilidade atravessa os processos de subjetivação dos indivíduos os capturando em certa cobrança interna de seguir as ordens externas (GUIMARÃES; MENEGHEL; OLIVEIRA, 2006) e é

nesse sentido que consideramos certo medo de trabalhar na saúde como uma produção desse poder jurídico-administrativo que atravessa os processos de subjetivação dos trabalhadores, o que nos faz pensar como esse poder opera pela capilaridade de baixo para cima em movimentos de captura.

Entretanto, esse acontecimento se deu dentro do colegiado ampliado, que como afirmamos até aqui, tem se expressado como um espaço privilegiado para o exercício da democracia. Calar e seguir em frente: poderíamos agir burocraticamente e simplesmente apresentar nossa pesquisa para o colegiado ampliado. Preferimos aproveitar e colocar em questão o quanto essa assistência jurídica nos provocou inquietações: Que produção de medo era essa trazida pela trabalhadora? Que práticas de controle estariam atravessando os processos de trabalho na cogestão, enfatizando a responsabilização individual em detrimento da coletiva? Quais seriam as estratégias daquele coletivo para resistir às práticas coercitivas e aos efeitos de amedrontamento produzido pelas mesmas? Fizemos nossas colocações enquanto pesquisadores e da mesma forma os trabalhadores, diretores e apoiadores aceitaram o convite trazendo suas colocações.

Construímos uma avaliação sobre o sentido dessas colocações para o dia a dia do hospital e assim, ali em meio à cogestão, os trabalhadores decidiram pela necessidade de retomar essa discussão na oficina para gerentes que aconteceria logo depois de nossa partida do RN. Uma oficina entre gestores, não por acaso, chamada de “afirmação do modelo” como a apoiadora fez questão de compartilhar no colegiado. Oficina como espaço para resistir, para propor e reinventar os processos de trabalho afirmando a diretriz cogestão: uma aposta constante no HGT. Sentimos que as análises e as trocas que fizemos no colegiado ampliado foi uma forma de cuidar dessa experiência e reverteu o medo e a culpa em alegria e vontade de continuar apostando na cogestão, vontade tanto nos trabalhadores quanto na própria pesquisadora. Nesse sentido, foi jogando o jogo ao invés de assistir das arquibancadas que afirmamos junto com o colegiado a corresponsabilização em detrimento da culpabilização individual e assim experimentamos em ato que resistir é criar, ou seja, é *re-existir* (BARROS, 2006).

Enquanto para Foucault poder e resistência são forças relativamente distintas que se expressam em um mesmo jogo, para Deleuze poder e resistência são como água e rocha, com naturezas bem diferentes (BAMPI, 2002). Para Deleuze resistir é “uma potência que é da

ordem da criação e do movimento” (ALVIM, 2009, p. 9) e nesse sentido é que Deleuze aproxima a luta entre os homens, à obra de arte e as resistências (DELEUZE, 1999). Resistir como um movimento de afirmação de outros modos de vida, é como entendemos o dia a dia da cogestão no hospital e por isso dizemos que não é por acaso que a oficina de gestores se chama “*afirmação do modelo*”. Não se trata de regular os processos de trabalho a partir do modelo da cogestão, mas provocar e convidar trabalhadores, gerentes e diretores ao exercício de produzir outros modos de vida e reinventar esses processos de trabalho, afirmando a corresponsabilização como diretriz.

A reflexão de Deleuze a respeito do pensamento trágico na filosofia de Nietzsche pode nos ajudar a analisar como que existem forças ativas e reativas entre os movimentos de afirmação de outro modelo de gestão e os “boicotes” descritos pelos trabalhadores. De acordo com Sousa (2005), Deleuze define as forças ativas como afirmativas de novidade enquanto as forças reativas operariam pela negação da diferença. As forças reativas restringem e limitam as forças ativas, buscando estados de conservação, adaptação e utilidade, enquanto as forças ativas são espontâneas, agressivas e apresentam novas direções à vida (SOUSA, 2005).

Existem expressões contra a cogestão que atravessam discursos fazendo certo boicote a essa aposta de democracia institucional. Frequentemente os participantes dos colegiados tratavam de tais expressões como “resistências” à cogestão. Eram falas, por exemplo, de que o colegiado é só “blá, blá, blá”, que é perda de tempo participar, que “é melhor deixar como está”, que “nunca vai mudar,” “pra que mudar se sempre foi assim”, “ta ruim, mas tá bom”, que “esse apoio é só conversa”, que problema do usuário “não é problema meu”. Mas se resistir é criar e afirmar outras direções para vida e os “boicotes” tem operado pela negação aliado às forças conservadores no hospital, não seria um equívoco essa associação? Tivemos a oportunidade de compartilhar essa questão com uma apoiadora, que analisou que era uma colocação salutar, na medida em que revertia o movimento de apoio à cogestão para uma posição de afirmação do desejo de mudança em que se investia energia todos os dias a partir de ações afirmativas, sim. Assim, para nós pesquisadores, os “boicotes” relatados nos remetem aos movimentos reativos aliados ao modelo conservador que ressentem as mudanças nos processos de trabalho, são tentativas de manter o *status quo* e não se configuram como resistências, no sentido que estamos afirmando nessa dissertação.

Ação e reação coexistem (SOUSA, 2005): resistir ao já dado propondo universalidade, integralidade, equidade e participação foi no passado da Reforma Sanitária uma ação propositiva frente ao autoritarismo e ainda hoje propor outros modos de trabalhar na saúde é resistir à gestão hegemônica impregnada no SUS (BARROS; PASSOS, 2005b). Então, estamos definindo como estratégia certa dimensão criativa nos modos como os trabalhadores se organizam e conseguem sustentar a viabilidade do SUS a despeito das controvérsias, dos ressentimentos, dos medos e da culpabilização que buscam deslegitimar a cogestão no cotidiano. Assim, apostar na cogestão a partir do desarranjo de formalidades, da transversalidade nas relações de saber-poder instituídas, potencializa “outros modos de trabalhar que emergem cotidianamente nos serviços, partindo do que ali é experimentado pelo trabalhador” (SANTOS FILHO; BARROS; GOMES, 2009, p. 605).

Uma aposta na dimensão pública das políticas de saúde por uma gestão descentralizada, participativa e que compreende a saúde como um direito: a cogestão resiste com os jogadores em campo, construindo dia a dia estratégias para ao mesmo tempo gerir e cuidar de outro modo nos processos de trabalho, tendo em vista a integralidade. Mas resistir é como “trocar o pneu com o carro andando”, como disse uma trabalhadora da pediatria. Dessa forma, as reuniões com os acompanhantes, as reuniões de formação dos apoiadores, as reuniões entre apoiadores e diretores, os colegiados das unidades de produção e o colegiado ampliado são espaços estratégicos nas lutas cotidianas para sustentar o exercício da democracia institucional no HGT e ao mesmo tempo garantir o cuidado. São nesses espaços que, ao mesmo tempo em que se reinventarem os processos de trabalho usando a cogestão como diretriz os trabalhadores trazem experiências concretas e discutem como garantir a assistência, “*por que é a vida que está aqui correndo risco no hospital*”.

No encontro *pesquisador-com-a-roda* os colegiados e os arranjos de apoio institucional são destacadas como estratégias fundamentais para o processo de construção da cogestão. É importante lembrar que os próprios participantes destacaram essas duas categoriais como *estratégias fundamentais*, dentre as outras estratégias que compartilhamos durante reunião do colegiado ampliado que foram: “aquecer a memória”, “acompanhar os desdobramentos das reuniões”, “estar com usuários e acompanhantes”, “fazer o exercício agonístico”, “ofertar cursos”, “fazer acordos coletivos”, “ressignificar a função gerente”.

6.4 Dos arranjos de apoio institucional: como se fosse uma engrenagem.

Para os trabalhadores a construção de arranjos de apoio institucional é fundamental no fortalecimento dos processos de construção da cogestão no HGT. Misturando conceitos e tecnologias da análise institucional e da gestão, o apoio institucional no HGT operou como uma *importante ferramenta de apoio* para “mudança na relação instituída entre os que exercem as funções típicas de gestão e que cuidam da atenção em torno de objetivos comuns e pactuados coletivamente” (COSTA, 2013, p. 49-50). Nesse sentido, a história da construção da cogestão no HGT expressa esse suporte como uma ferramenta que alimenta os movimentos de mudança deflagrados por coletivos a partir do fomento de análises críticas das relações de poder, dos processos de trabalho e da circulação de afetos (COSTA, 2013).

Dessa forma, ao longo dos anos de construção da cogestão no HGT foi se multiplicando os apoiadores internos para, dentre outras coisas, acompanhar sistematicamente os desdobramentos entre o ColGA e os ColUP. Nesse sentido, os arranjos de apoio institucional se alimentam e são alimentados na construção da cogestão, como afirmou uma apoiadora institucional, expressando uma “engrenagem”. Ao fazermos uma retrospectiva podemos perceber que não se tinha clareza do *como* fazer as mudanças, mas que as apoiadoras experimentavam formas de intervir e de apoiar junto aos coletivos. Diante da necessidade de fortalecer a rede de apoio se estabeleceu um grupo de formação de apoiadores há dois anos, embora com algumas dificuldades. Esses grupos

Funcionam como espaços de análise do modelo de atenção, da gestão e das metodologias propostas. O apoio constituído no primeiro momento foi realizado por uma apoiadora institucional que, em parceria com os colaboradores e gestores, executou a coordenação e o acompanhamento de mudanças do contexto institucional e implantação da cogestão. Em 2012, o grupo de apoiadoras internas foi ampliado e passa a ter a colaboração mais sistemática da Consultora Regional do Nordeste da PNH, com atuação em várias frentes de trabalho, avaliando cotidianamente as estratégias desenvolvidas (COSTA, 2013, p.50).

Por consequência de existir muitos espaços coletivos que precisassem de apoiadores nesse grupo de formação foi criado o arranjo de apoio “interno” e apoio “externo”. Três apoiadoras externas, junto com outras trabalhadoras que se interessavam por se constituir apoio aos processos de cogestão, ao longo de avanços e dificuldades, conseguiram instituir

esse grupo de formação de apoiadores para constituir o que elas entendem por “rede de apoio interno”.

Tentando compreender o funcionamento dessa rede escrevemos o trecho a seguir, onde buscamos definir *apoio interno* e *apoio externo* como parte do arranjo construído pelos trabalhadores e assim compartilhamos com o grupo de formação de apoiadores: *Quando chamamos o apoio institucional de “interno”, significa que quem exerce a função apoio na nossa unidade de produção é um colega que trabalha na nossa equipe, ou seja, além desse trabalhador ser nosso técnico de enfermagem, por exemplo, realizando todos os procedimentos com os nossos pacientes de aferir pressão, fazer curativo, ministrar medicação e outros mais, esse trabalhador vai nos ajudar a construir o nosso ColUP, acompanhando junto com a gente o modo como organizamos os nossos processos de trabalho. Quando chamamos o apoio institucional de “externo”, significa que quem exerce a função apoio é do corpo técnico na nossa unidade de produção.* (Diário de campo).

Nesse sentido, são os trabalhadores do próprio hospital que fazem apoio institucional e constroem arranjos entre si para garantir que exista pelo menos uma pessoa exercendo o que estamos entendendo como composição da *função apoio* em cada unidade de produção. De acordo com Costa (2013) desde esse momento o apoio institucional compõe a construção da gestão participativa no HGT como *ferramenta de suporte* para modificar o modelo de gestão e atenção. Como ferramenta, segundo Oliveira (2011) apoiar é fomentar as mudanças a partir das experiências concretas dos coletivos e nesse sentido ao mesmo tempo em que intervinha, propondo rodas de conversa e colocando em análise o cotidiano dos trabalhadores no hospital (COSTA, 2013), o apoio institucional sofria intervenção sendo instigado a se rearranjar para fomentar os processos de cogestão como se fosse uma engrenagem.

Estávamos na roda do grupo de formação de apoiadores. Para nossa surpresa o tema do dia era “os processos de cogestão”. Naquele espaço as apoiadoras faziam mais do que conversas. Tratava-se de fazer análises densas sobre como os colegiados avançavam ou não nos processos de cogestão, onde emperravam e onde fluíam.

As apoiadoras construíram uma lista com o que chamam de elementos indicadores dos processos de cogestão, que são vários: *“tem apoiador na unidade? Tem estudo de caso como ferramenta de análise dos processos? Tem contrato de gestão, calendário de reunião*

sistematizado, colegiado de gestão, plano de ação construído, protocolos, reuniões? Tem qualificação do gestor a partir dos cursos ofertados? Tem integração com as outras unidades? Tem a satisfação do trabalhador e do usuário?” São vários elementos os possíveis indicadores do processo de cogestão. “Em que momento do processo de cogestão as unidades de produção estão? Qual indicador a unidade construiu?”. São algumas das questões levantadas pelo grupo de apoiadores. (Diário de Campo compartilhado).

Com essas questões as apoiadoras planejavam intervenções sistemáticas, “chegando junto”. Intervir para conhecer as resistências à mudança. Conhecer para ultrapassar e dismantelar o que está rígido. Percorreram todo o hospital com esses indicadores avaliando com os colegiados os avanços e retrocessos, avaliando também as próprias estratégias usadas para intervir. Identificaram os colegiados mais “resistentes à mudança” e as dificuldades que os apoiadores tinham com os colegiados para desestabilizar esses movimentos reativos.

Então [diz a equipe de apoio] a gente tem que construir um plano do apoio para 2015 e 2016 para que a gente avance nesse processo de acolhimento, de participação, de estruturação do hospital, de uma gestão democrática e de um cuidado de qualidade. (Reunião com grupo de apoio).

“Além desse arranjo do apoio interno e externo, aqui no hospital existe o apoio do apoio, ou seja, quando algum apoiador sente dificuldades de exercer a função apoio pode pedir ajuda de outro colega apoiador para acompanhar a organização dos processos de trabalho de determinada unidade de produção.” (Diário de Campo). Nesse sentido, como encaminhamento o grupo decidiu fazer um rearranjo do apoio institucional, afirmando essa engrenagem em que alimenta e é alimentada na cogestão, para assim fortalecer os coletivos. Outro encaminhamento foi a necessidade de construir plano de ação dos apoiadores tendo em vista que a cogestão como diretriz dos processos de trabalho implica exercícios de democracia institucional e a construção do cuidado integral.

6.5 Dos colegiados gestores: espaço político de aprendizagem.

Dentre as ações disparadas com o deflagrar da gestão participativa no HGT, consideramos a constituição dos ColUP e do ColGA estratégias potentes para o exercício da democracia institucional. Durante uma conversa com um grupo de apoiadoras, em que se

discutia, dentre outras coisas, sobre qual seria uma ação inovadora no hospital nos últimos anos, as apoiadoras destacaram a construção do ColGA e a relação dele com os ColUP.

Nos colegiados se opera com o método da tríplice inclusão. A tríplice inclusão é um método proposto pela PNH que assume certa potência de produção de forças de diferenciação (CÉSAR et al., 2014). Trata-se de incluir em três planos: no plano dos sujeitos, incluir gestores, usuários e trabalhadores, no plano dos conflitos, incluir os analisadores que desestabilizam os modelos institucionais e no plano dos coletivos, incluir os movimentos sociais, redes e grupos (ESCÓSSIA, 2009). Então, os colegiados expressam com a tríplice inclusão, certa dimensão formativa-política que sustenta a “roda”, como movimento de resistência a partir da construção de *vínculos de parceria* entre trabalhadores e acadêmicos e da construção de outra compreensão sobre o que seria a *função gerente*.

Nos Colegiados os trabalhadores constroem pactuações de ações integrais entre as linhas de cuidado, fazem acordos coletivos, revisam e reorganizam protocolos e fluxos de atendimento e gestão, realizam discussões de caso e conversam sobre as “capacidades” necessárias ao exercício da função gerente, dentre outros acontecimentos. “Essa construção vem se dando ao longo do tempo, refletindo sobre suas relações e processos cotidianos, com o fomento à troca de percepções e diferentes saberes” (FREIRE et al., 2014, p. 47).

Constituído em 2009, o Colegiado Ampliado tem a função de “atuar como órgão consultivo, presidido pela Direção Geral, Direções Executivas, Gerentes das Unidades, representantes dos trabalhadores e de usuários” (FREIRE et al., 2014, p. 40).

[...] Esse dispositivo, contou, desde a sua constituição, com a participação dos trabalhadores e gestores do hospital e com a elaboração de um Regimento Interno com a garantia do assento de representantes de usuários e representantes da UFRN (COSTA, 2013, p. 43)

Entretanto, como uma “roda” o Colegiado Gestor em sua característica de ser “ampliado” tem inovado, assumindo um funcionamento mais dinâmico, para além de um caráter consultivo. Nesse sentido, o colegiado *ampliado* é um espaço coletivo aberto, em que qualquer trabalhador pode não apenas participar, mas é instigado a colocar questões, argumentar e confiar com a “roda”, mesmo sem assumir um cargo de representação, em um exercício contínuo da democracia institucional. Além disso, os demais participantes, instituídos em cargos de representação como descrito acima, exercitam a escuta e análise coletiva dos processos de trabalho junto *com* a roda, fazendo do ColGA, um espaço de

formativo-político de outra função gerente “em que as hierarquias e as relações de poder são secundarizadas em detrimento do que se enuncia” (CÉSAR et al., 2014, p. 165).

‘Sustentar a roda’ é incluir estes outros planos, incluir os sujeitos, analisadores e coletivos num espaço de fato democrático, onde a fala possa circular livremente; espaço em que as hierarquias e relações de poder são secundarizadas em detrimento do que se enuncia, onde o planejado não se sobrepõe ao emergente. Produzir análises coletivas sobre os processos de trabalho, sobre os modos de gerir e cuidar. (CÉSAR et al., 2014, p. 165).

Assim, o Colegiado Gestor em seu caráter *Ampliado* sustenta a roda e não se restringe à função consultiva, sendo espaço político de aprendizagem, não no sentido tradicional, da “mera reprodução e aplicação dos conteúdos e técnicas transmitidos” (CÉSAR et al., 2014; p. 165), mas no sentido de “operar sobre determinadas praticas de modos diferentes do que se estava acostumado” (BARROS, 2001, p. 72), de possibilitar certo exercício da democracia institucional, como um espaço de mudança dos modos de gerir e cuidar, criando outras formas de organizar os processos de trabalho, e, enfim, inclusive compartilhando esse espaço com estudantes.

Como dissemos anteriormente, o hospital acolhe estudantes de diversos cursos para estágio e pesquisas. Mas isso só é possível hoje por consequência de uma luta travada pelos trabalhadores em que discutiram e avaliaram que a participação dos estudantes nos colegiados é importante, tanto porque a cogestão vivenciada nos colegiados possibilita análise dos processos de saúde como parte da formação profissional desses estudantes, quanto porque os estudantes podem ser aliados na produção de análises com a “roda”. Nesse sentido, hoje o colegiado ampliado está legitimado como espaço de devolutiva e avaliação das pesquisas instigando aos estudantes, estagiários ou pesquisadores, ao compartilhamento das suas pesquisas com os trabalhadores.

É uma alegria te ouvir falar. Me lembro quando a primeira pessoa veio estudar aqui, houve uma discussão muito grande dentro da direção, e [a direção] com muito receio de abrir as portas pra um estudo, né?! Mas naquele momento tinha sentido, estávamos todos apreensivos: vão estudar a gente! E os diretores chegaram à conclusão [...] que tem que abrir! Que tem que estudar, mesmo! Que *isso* é público, *isso* é nosso, né?! Então, ouvir você falar, você que é uma pessoa de outro estado que vem aqui falar do nosso trabalho, do trabalho do hospital, do nosso estado, e ouvir o que você está colocando aí é uma alegria imensa. [Apoiadora Institucional]

Que *isso* é esse? Essa indefinição nos remete à amplitude dos processos de cogestão, dos valores sem dimensão e dos acontecimentos no hospital. Afirmar que esse *isso* “é público” e “é nosso” para abrir as portas às pesquisas, apesar do receio de compartilhar do

paradoxo da área da saúde que, como afirma Brito et al. (2011), opera com metas amplas e difíceis e meios frágeis para alcançá-los, para nós é lembrar a importância da operacionalização da tríplice inclusão. Nesse sentido, assumido como método dos colegiados, consideramos que a nossa participação enquanto estudantes se trata da inclusão de um grupo que pode, com as pesquisas realizadas, trazer analisadores no encontro com o colegiado ampliado.

Durante a caminhada institucional, nas reuniões de colegiados que participamos, acompanhamos algumas conversas disparadas com as pesquisas dos estudantes. Os trabalhadores construíam indagações sobre os processos de trabalho a partir das temáticas trazidas como, por exemplo, diante da apresentação do protocolo de segurança se questionavam sob quais riscos de saúde trabalhavam e como poderiam adotar alguns procedimentos simples, como higienizar as mãos com álcool em gel para evitar a dispersão de doenças. A partir da discussão do protocolo de alta, avaliaram a necessidade de uma conduta de cuidado clínico descentralizado da figura médica, em que a alta deveria ser construída multiprofissionalmente, esperando que o nutricionista concluísse a orientação ao paciente sobre uma nova dieta, ou que o assistente social conseguisse contato com outra instituição em caso da necessidade de remanejamento, por exemplo. A partir da apresentação do perfil dos acompanhantes, realizada por estudantes do serviço social, perceberam que algumas tarefas dos técnicos, como a regulação do soro e o banho, eram realizados pelos acompanhantes em decorrência da sobrecarga da equipe de enfermagem. Em outra pesquisa sobre o descarte do lixo hospitalar, feito por estudantes de enfermagem, analisaram sob que normas e parâmetros o hospital opera essa ação. Nesse sentido, receber pesquisadores no colegiado ampliado pode contribuir para a construção dos processos de cogestão quando possibilita o aquecimento dos espaços coletivos para análise do modo de trabalhar trazendo uma pista para a construção de vínculos de parceria com o meio acadêmico.

Com a tríplice inclusão, o ColGA tem se afirmado também como espaço para a construção de vínculos de parceria com o meio acadêmico. Parece-nos que o exercício de apoio em sua dimensão cogestionária (CÉSAR et al., 2014) nos Colegiados provocou afetação nos trabalhadores, no sentido de transformar a “apreensão” em “alegria imensa” frente à “observação” e às “análises” feitas pela estudante que fala do trabalho no hospital. Afetação, no sentido afirmado anteriormente, não como um sentimento interno e pessoal, mas como

uma ação que nos desloca para outro campo existencial, produz outros olhares e novas experiências no encontro com o outro. Assim, com a cogestão tecida nos colegiados pelo método da tríplice inclusão, ao invés de medo e paralisia entre os trabalhadores, tem-se afirmado a produção de diferenciação em que, nessa dimensão formativa dos colegiados, certo olhar intelectual ligado a uma rede de saber-poder, desvelando o lugar de especialismo e se abrindo ao cogerir a pesquisa, contribui com os movimentos de resistência frente às hegemonias (FOUCAULT, 2006).

6.6 Entre os colegiados e o apoio institucional.

Como proposto pela PNH a cogestão funciona entre os trabalhadores do HGT como diretriz que orienta os processos de trabalho de modo geral, abrindo análises em que o *como fazer* não seja suplantado pelo o *que fazer*. Esse jogo exige um gingado, visto o que disse uma apoiadora durante o Colegiado de Pediatria quando indaguei sobre o porquê os médicos serem uma categoria que de modo geral não participava das reuniões: “*Não colocamos a cogestão por decreto*”.

Mesmo havendo um modelo de gestão colegiada instituído há unidades que são reativas às mudanças e pudemos acompanhar alguns momentos em que se expressava certo ressentimento contra os espaços colegiados. Os trabalhadores da unidade de produção da Tisiologia no Misto II, durante uma visita do apoio à enfermaria disseram que não acreditavam nessas reuniões de colegiado, no sentido de que se conversava muito, mas que ninguém tomava uma atitude resolutiva. Observava a conversa na sala de equipe, reparava a ênfase da médica e da técnica de enfermagem numa posição de cobrar uma resposta da direção. Enquanto as trabalhadoras diziam que já tinham tentado fazer de tudo “*eu*” *liguei para cá, “eu” entrei em contato pra lá, “eu” fiz tudo que podia, mas não tem jeito, não*, pareciam demandar soluções de outros se desresponsabilizando. Consideramos que esse modo de operar que demanda a resposta pronta ao invés de se dispor a construir coletivamente compõe certo processo de individualização e centralização da gestão. Processo que nos faz pensar como as forças reativas acionam uma busca por responsabilizar o gestor por melhorias nos processos de trabalho sendo que na gestão colegiada todos são corresponsáveis por isso. Questionamos-nos, enquanto pesquisador e apoiador, como se pode afirmar a democracia

institucional numa unidade de produção onde há constante recusa de construção e participação nos colegiados? Lembrei-me da fala de uma apoiadora em outra ocasião quando conversávamos sobre a função apoio: o apoio institucional não tem a função de gerir pelo outro e nem supervisioná-lo e nesse sentido instiga que os trabalhadores participem da gestão dos processos de trabalho, considerando que todo trabalhador já é gestor.

Minutos antes, enquanto subíamos as rampas do corredor, uma apoiadora explicava que o apoio não obriga ninguém a estar no colegiado, já que isso seria antidemocrático. Então agora nos deparávamos com essa explícita recusa de construção do colegiado em que os trabalhadores afirmam não acreditar na capacidade do coletivo resolver as coisas e mais, eles fazem uma encomenda ao apoio de que levasse os problemas para a direção tomar uma providência. A apoiadora não assume o lugar de mediadora entre a unidade e a direção e nega essa encomenda *lembrando que o HGT funciona no modelo da gestão colegiada* e que isso implica a necessidade de formalizar as demandas em um documento construído, discutido e aprovado dentro do ColUP, para que fossem pactuados compromissos coletivos e não ações individuais, para que as problemáticas que fugissem da governança da unidade fossem encaminhadas ao ColGA legitimado por um processo coletivo e democrático. Uma intervenção do apoio para aquecer a memória, produzir afetação, uma aposta para produzir desvios a favor da construção do colegiado como elo de uma cadeia entre as unidades de produção para o fortalecimento das linhas de cuidado no hospital fazendo frente à gestão hegemônica que produz isolamento entre as pessoas, fragmentação e solidão, que produz redes frias (CECCIM; FERLA, 2006).

Ninguém é obrigado a fazer aquilo que não acredita, então, o exercício da democracia inclusive é legitimar a possibilidade de fazer essa recusa em assumir posições em que não se acredita potentes, certo? Então, quando o apoio nega essa encomenda e sinaliza alguns contornos da cogestão dando importância ao colegiado, acaba construindo e usando estratégias de resistência frente às atualizações da gestão vertical, sem tentar implantar um modelo democrático à força, o que necessariamente seria contraditório. Isso me faz lembrar Santos Filho, Barros e Gomes (2009) quando dizem que não podemos implantar a gestão participativa “como prescrição verticalizada de modos de fazer ou de metas a serem alcançadas” e me lembra da fala dos diretores de que a cogestão é um exercício feito com muito esforço coletivo.

Construir um colegiado é um processo singular em cada unidade, pois às vezes um colegiado de uma unidade está fortalecido, acontecendo sistematicamente, conseguindo articular a equipe em projetos comuns, enquanto, ao mesmo tempo, em outras unidades existem colegiados enfraquecidos ou inativos. É o caso dessa unidade que ainda não construiu colegiado, mas que possui muitas demandas associadas à ameaça que os trabalhadores sentem diante dos pacientes que estão na enfermaria para tratar tuberculose ou outras doenças, mas que carregam o estigma de usar drogas ou de ser “barra pesada”, detento de presídios, os chamados de “cabra de pea”²².

Descendo a rampa. Não aconteceu o ColUP de Tisiologia. Ao nosso encontro vinha outra apoiadora para o Colegiado do Misto I, com quem compartilhamos certo desânimo. Desânimo para a apoiadora pela dúvida sobre os efeitos de sua intervenção e desânimo para a pesquisadora, pois parece, a princípio, que essa situação coloca em cheque a aceitação da cogestão entre os trabalhadores. Desânimo para a pesquisadora, pois, afinal com essa pesquisa apostamos na cogestão como uma saída para qualificar a gestão e a atenção no SUS e queremos ver como dá certo e não como dá errado. Ao experimentar essas tensões e limites houve insegurança em se pensar que tudo estaria prestes a se perder. Nesse momento aquecemos a memória retomando reflexões de outros encontros afirmativos dessa aposta na cogestão. Conversávamos em outro momento com algumas trabalhadoras no Núcleo de Atenção a Saúde do Trabalhador (NAST)²³. Falávamos de como trabalhar no SUS é estar entre as contradições, conflitos, e ao mesmo tempo ser criativo e ter autonomia. Uma trabalhadora cita Barros e Barros (2007) dizendo que a cogestão abre um exercício democrático que nos coloca o tempo todo no limiar entre a dor e o prazer, pois exige de nós mantermos os olhos abertos aos conflitos e ao mesmo tempo buscarmos intervir e resolvê-los. Nesse sentido, compreendemos que há também importância de entender *quando* e *o que* dá errado nos processos da cogestão, sem abrir mão dessa aposta, para que se possam acertar as arestas, corrigir os erros, e seguir acreditando na gestão democrática.

Caminhamos com a apoiadora para o Colegiado do Misto I. Lá encontramos uma realidade completamente diferente: um coletivo animado, que faz acordos coletivos, que

²² “Cabra de pea” é uma expressão que significa “gente, ruim, que não vale nada”.

²³ O NAST compõe a Unidade de Gestão de Pessoas do HGT. Foi idealizado para contribuir com a produção de análise dos processos de trabalho no hospital, relacionando a saúde dos trabalhadores com as condições de trabalho no HGT, por exemplo.

aquece a memória sobre os processos de construção da gestão colegiada na unidade, que conversa sobre os casos atendidos e acompanha os desdobramentos desses casos, que reflete sobre o perfil de gerente para pensarem quem poderia ocupar esse lugar na unidade e que fazem a reunião na sala dos técnicos para facilitar e provocar a participação deles no colegiado. Caminhando para o final da reunião, alguns trabalhadores anunciam a aposentadoria, outro a licença e outra a transferência de setor, nos fazendo pensar se um dos colegiados mais fortes, o do Misto I, estaria sendo ameaçado de extinção.

Novamente, descendo a rampa para irmos para o NEP. Pela fresta da janela do corredor vejo um jardim no pátio do hospital. Lembro-me de ter ouvido quando era criança que uma borboleta não vive mais do que 24h e isso me faz pensar quantas borboletas passaram naquele jardim expressando sua força e beleza e ao mesmo tempo sua delicadeza e fragilidade: o limiar entre a força da vida e da morte, algo que perpassa o hospital o tempo todo. Uma imagem oportuna para expressar a força e fragilidade da vida que pulsa nos colegiados, também. E esse pensamento nos instiga a conversar sobre como num mesmo instante em que os colegiados se demonstram fortes, basta pensarmos na possibilidade de algumas pessoas-chave saírem para nos imaginarmos diante de uma instabilidade e fragilidade. Embora o colegiado não possa depender de pessoas específicas para o seu funcionamento, pois se trata de um coletivo, sabemos que a aposta, de investimento coletivo, político, de pessoas que acreditam nessa proposta de cogestão é estratégia para manter vivo o colegiado.

Insegurança. Em um “instante” estivemos entre um colegiado que está em vias de se fortalecer e outro que está fragilizando-se. E sobre o que a pesquisadora iria escrever? Foi quando encontramos outra apoiadora no NEP com quem compartilhamos essa história. Estranhamos o estranhamento dela diante do desânimo que expressávamos. A apoiadora institucional nos dizia algo que parafraseamos a seguir: *Vocês acharam ruim o misto II não querer colegiado? Pois eu não achei, não. É muito ruim fazer uma coisa que a gente não acredita, gente! Se eles não acreditam nisso, não tem o porquê fazer. Mas claro que a gente tem que pontuar que modelo de gestão esse hospital vive, não é? Isso é democracia gente. Ninguém vai obrigar ninguém a fazer o que não quer. E a apoiadora fez uma intervenção muito interessante nesse sentido, pois é afirmativa de processos democráticos, por que se eles não querem fazer cogestão o apoio não está aqui para obrigar, mas para confiar essa*

proposta junto às pessoas que querem. Mas nos perguntamos nesse momento se essas pessoas que “boicotam” deveriam pedir pra sair do hospital, então?

Resistir fazendo reunião do colegiado ampliado, dos colegiados das unidades de produção, por exemplo, onde, como afirmam os diretores, *na hora que a gente senta para falar ficamos sabendo das dificuldades que estão acontecendo em outros setores, e o fazer junto é isso.* Afirmando os espaços coletivos como lugar do exercício da democracia institucional, os colegiados são feitos lugar de tríplice inclusão dos conflitos, dos sujeitos e dos coletivos para gerir uns *com* os outros. Os diretores afirmam que as reuniões do colegiado não são marcados por um formalismo, que o colegiado passa por um *fazer de todo dia*, pois se devem acompanhar os fluxos dos desdobramentos das decisões e dos casos que circulam entre os colegiados das unidades e o colegiado ampliado, *e aí angustia já que estamos acostumados com a criação de fluxos por meio de protocolos e outros mecanismos formais.*

7. ENCERRANDO A CAMINHADA INSTITUCIONAL NO HGT: ALGUMAS AVALIAÇÕES E COLOCAÇÕES.

7.1 Sobre como foi aquela segunda-feira de manhã: o último encontro da pesquisadora com o Colegiado Ampliado.

Naquela segunda-feira de manhã estávamos aguardando o início da reunião do Colegiado Ampliado, onde fomos direcionados a compartilhar os “resultados” da pesquisa, como todos os estudantes o fazem no hospital, apresentando e ouvindo as colocações dos participantes. Preocupávamos-nos mais com o *como* nos conduzir nessa oportunidade do que com o *que* dizer propriamente. Reconhecemos “a necessidade de realizar a avaliação do processo da pesquisa, considerando suas diferentes etapas, desde a formulação de seu problema aos efeitos discursivos e não discursos que derivam do ato da investigação” (PASSOS; KASTRUP, 2013, p. 392). Mas, durante muito tempo o intelectual universal “tomou a palavra e viu reconhecido o seu direito de falar enquanto dono da verdade e da justiça” (FOUCAULT, 2006). E nesse encontro “final” com trabalhadores, gerentes e diretores, como não ocupar esse lugar de saber-poder com que as ciências se fazem porta voz das “massas” e de discursos libertadores?

Primeiramente, nos colocamos esse desafio, considerando que pesquisar inclui “problematizar os jogos de verdade e suas condições de possibilidade” (TONELI; ADRIÃO; CABRAL, 2012, p. 145). Problematizar como uma ação ética que indaga até mesmo o lugar do pesquisador, pois o compreende como parte de jogos “(in)visíveis e (in)risíveis no cotidiano de nossas relações” (TONELI; ADRIÃO; CABRAL, 2012, p. 145). Nesse sentido, problematizamos o percurso de construção do problema de pesquisa, da proposta da caminhada institucional como um método de pesquisa-intervenção pautado na experiência e das controvérsias e estratégias que destacamos. Se problematizar é fazer persistir e insistir perguntas para experimentar as “multiplicidades de relações e singularidades correspondentes” (LEMOS; CARDOSO JÚNIOR, 2012, p. 193), nós estaríamos nesse encontro no exercício de disparar indagações e não nos limitarmos a apresentar uma resposta ao problema.

Começa a reunião do Colegiado Ampliado. Como éramos um dentre outros pontos de pauta da reunião nos mantemos em posição de escutar, como uma ação de “se deixar afetar pelos ruídos e barulhos do mundo [...]” (ARANTES, 2012, p. 93). A discussão sobre improbidade administrativa, que trouxemos em capítulos anteriores, foi passagem para iniciarmos o processo de problematização do caminho percorrido pela pesquisa, ao qual nos propusemos. O quanto o Estado quer cercear por meio do aparato jurídico-administrativo e o quanto a vida pede passagem? Começamos analisando que essa problemática chama nossa atenção desde a graduação, na formação de apoiadores em Cariacica/ES, onde a pesquisadora cumpriu estágio final. Aos poucos vimos essa “equação”, em que a vida afirma o movimento, se traduzir nos imprevistos que exigem respostas coletivas rápidas e efetivas a partir dos quais os trabalhadores buscam construir processos de trabalho pautados na corresponsabilização. Nesse sentido, nos aproximamos do tema da cogestão, em que se consideram as normativas, mas as urgências do meio convocam lutas diárias, pautadas na corresponsabilização e na ética dos encontros nos processos de trabalho.

Em seguida, apresentamos nosso vínculo com o mestrado do Programa de Pós-graduação em Psicologia Institucional, falamos do financiamento da CAPES e do registro da pesquisa na Plataforma Brasil, destacando afinal que a pesquisa também está cerceada por instituições reguladoras que pode lhe conferir validade ou não, pode julgar e responsabilizar. Todos nós estamos inseridos em jogos individualizantes, mas nosso desejo é nos fortalecer a partir da experiência de coletivizar, como certa ação de “acessar/produzir o plano coletivo de forças; ação de constituição do comum” (ESCÓSSIA, 2012, p. 53).

Como estávamos numa roda de cogestão, colocamos em votação se o áudio poderia ser gravado com a finalidade de registrar as colocações dos trabalhadores sobre o processo e seus efeitos. Iniciamos a gravação com a apresentação da construção do problema de pesquisa, completamente imbricada com o campo, e a preocupação de que o que fizesse sentido ou não para os trabalhadores fosse destacado e avaliado coletivamente naquele momento.

Trouxemos também a música “Aprendendo a Jogar” (ARANTES, 1980) de Elis Regina como elemento que nos ajudou a expressar a experiência de intercessão *pesquisador-com-a-roda*. Sentíamos certa conexão, atenção e que estávamos de “corpo presente”. Entre os

olhos vibrantes dos trabalhadores e a fala trêmula da pesquisadora se expressava a intensidade da experiência acessada com a música:

Aconteceu que do cantarolar na ladeira resolvi cantarolar no meio do processo de avaliação. Cantarolar aprendendo a jogar na ladeira tinha trazido consistência a essa experiência de acessar o plano coletivo das forças, das disputas de espaço do modelo conservador e dos movimentos afirmativos tecidos no modelo democrático. Aprendendo a jogar na ladeira, aprendendo a jogar no chão do hospital, estávamos nós todos e para minha surpresa, quando comecei a cantar, diretores, gerentes, trabalhadores do setor de faturamento, da pediatria, do serviço social, do grupo de acompanhantes, da enfermagem, psicólogos, médicos, fonoaudiólogos, apoiadoras, dentre tantos outros, todos cantando, juntos o trecho da canção que diz: “Vivendo e aprendendo a jogar, vivendo e aprendendo a jogar, nem sempre ganhando, nem sempre perdendo, mas aprendendo a jogar”. E até um dos diretores não resistiu e compartilhou “agora eu arrepiei”. Também me arrepiei com a intensidade e a multiplicidade de vozes cantando junto nesse jogo de forças, indicativo de que não se tratou de um acontecimento qualquer. Um acontecimento que nos fez lembrar um trecho de uma entrevista quando uma apoiadora dizia: “Então, [...] falando das resistências, parece que temos que ficar lembrando o tempo todo que isso aqui não é uma luta individual é uma luta coletiva”. (Diário de Campo, 15/10/15)

Cantarolar como um modo de questionar “é também espriar e combinar novos fazeres na aventura metodológica. Com rigor, mas sem perder a imaginação jamais” (BATISTA, 2012, p. 201). Cantarolar junto, uma experiência que nos faz lembrar como é necessário apostar (*ação política* que se faz *junto com o outro*), resistir junto e nos fortalecer frente aos desafios no cotidiano. Cantarolar como meio de acessar essa experiência dos jogos de poder para lembrar como os trabalhadores constroem estratégias para resistir. Cantarolar para dizer dessas estratégias que observamos e pensamos ao longo da caminhada institucional, com o cuidado de enfatizar a importância dessas lutas e não desarticular o que foi construído com tanto esforço. Precisávamos dizer que o hospital ainda era atravessado pelo modelo de gestão conservador, que os trabalhadores chamavam de resistência à cogestão. Mas estávamos ali para destacar como os trabalhadores construíam coletivamente lutas cotidianas frente às velhas práticas de gestão vertical, superando essas “resistências à cogestão”.

Entendemos que as lutas do dia a dia compunham estratégias diversas capazes de sustentar a cogestão como diretriz dos processos de trabalho. Apresentamos esse universo de estratégias na forma de um slide, para que os trabalhadores pudessem visualizar e fizemos o convite de que eles avaliassem o sentido e o modo como colocamos essas estratégias. Indicamos como estratégias capazes de sustentar a cogestão: os colegiados das unidades e o colegiado ampliado, a construção de arranjos de apoio institucional, o aquecer a memória, o ressignificar a função gerente, o exercer o pluralismo agonístico, o acompanhar processos, a construção de acordos coletivos, estar com os usuários e acompanhantes no hospital e ofertar cursos. E conforme íamos evocando essas estratégias, compartilhávamos alguma cena para exemplificar como vimos os trabalhadores operando com essas estratégias no dia a dia da cogestão no HGT.

Os trabalhadores seguiam ao longo desse encontro fazendo anotações e se inscrevendo para falar: é esse o modo como o colegiado funciona nos períodos de reunião e a pesquisa, mais uma vez, acompanhava o movimento da cogestão criado e exercido pelos próprios trabalhadores do HGT. Encerrada nossas colocações os trabalhadores iniciaram suas falas: alguns falaram das controvérsias entre os modelos de gestão democrático e autoritário, outros fizeram avaliações sobre o modo como realizamos a caminhada institucional e sobre os efeitos produzidos com o ato da investigação.

7.2 Da alegria e o reencantamento do concreto.

“Você tem o dom de prender a nossa atenção”. Quando ouvimos uma trabalhadora do setor administrativa abrindo a discussão com essa frase nos colocamos a pensar o que seria esse “esse dom de prender”. Certo acoplamento estrutural nos permitiu operar no espaço do colegiado ampliado com “a emergência do domínio comunicativo [...] acoplar não se refere a uma ação possível do pesquisador, mas é condição de todo conhecimento e explicação baseada em nossa condição viva” (MARASCHIN; DIEHL, 2012, p. 23). Como criaturas vivas temos esse “dom” de nos conectarmos a partir de certo domínio comunicativo, não apenas através da nossa fala, mas “ao vivermos esses olhares, emprestamos nossos corpos

para estar nessa relação, capacidade de afetar e ser afetado” (LAZZAROTO; CARVALHO, 2012, p. 25).

“Concordo com você, não há movimentos únicos, há movimentos de resistência, mas hoje aconteceu algo comigo que me chamou atenção e vou registrar”, disse uma apoiadora. Entendemos esse “vou registrar” como um convite para que os outros colegas do Colegiado Ampliado se interessassem do processo de inscrição do HGT para concorrer ao Prêmio INOVASUS, edital do Ministério da Saúde cujo objetivo é investir recursos em experiências consideradas inovadoras na gestão em saúde.

O nosso diretor adentrou hoje na nossa sala, fazendo uma sugestão de tema, pra gente escrever. E a gente, como apoio, e na hora nós tivemos a oportunidade democrática de colocar o que a gente achava que deveria ser da escrita. O diretor se sentou conosco, conversando junto, pra chegarmos num consenso sobre o que deveria ser escrito dessa experiência e fomos decidir juntos. [...] Pra mim é muito importante *um momento desse*. Eu me sinto feliz como uma servidora pública que estou num espaço que tenho esse direito à voz, a me colocar e conversar no campo das ideias. [...] Então fiquei feliz por estar vendo se concretizar essa democracia aqui dentro e não uma questão verticalizada em que o diretor chega e diz que o tema será esse e vocês vão escrever sobre isso. [Apoiadora Institucional]

Um momento desse, registrado por nós várias vezes ao longo da caminhada institucional, em que existe um exercício inesgotável de conversa para se tomar decisões e avaliá-las. *Um momento desse* em que o nível hierárquico não se sobrepõe à importância do coletivizar, do sentar e conversar junto para construir comum. *Um momento desse* que convoca os trabalhadores ao uso da própria voz, do se colocar no campo das ideias fugindo da lógica taylorista-fordista de que o trabalhador apenas executa ordens planejadas por uma elite de gabinete. Nesses momentos de oportunidade democrática o que a cogestão tem produzido se não uma política de amizade capaz de aumentar a potência de agir dos trabalhadores? Uma política da amizade que nos convida a compor espaços democráticos a partir da troca de saberes e experiências, que nos convida a afetar e ser afetados nas relações cotidianas, em um “importante exercício político de produção de espaços singulares de diálogo e ação coletiva implicados com práticas solidárias e com afetos de alegria que possam viabilizar o processo de realização de um projeto político de autonomia” (GOMES; SILVA JÚNIOR, 2013, p. 55).

Uma vida ética não vive ao acaso dos encontros, mas busca nas relações aquilo que apetece, que dá ânimo e aumenta a potência de agir (GOMES; SILVA JÚNIOR, 2013). Nesse exercício ético, quando ouvimos relatos que davam ênfase nos dissabores do serviço público de saúde instigávamos os participantes a nos dizer sobre as estratégias criativas que lhes eram

possíveis para superar essa realidade. Quando nós perguntávamos “Mas vocês fazem isso mesmo?!” queríamos construir encontros alegres, afirmativos da potência de agir do outro. Contagiar os outros com a alegria é um compromisso ético que “envolve o esforço em contribuir com o engrandecimento da potência de agir dos outros” (GOMES; SILVA JÚNIOR, 2013, p. 42). E caminhamos nesse esforço, atentos a fazer a passagem das paixões tristes para alegres, afirmando a força dos coletivos de trabalho no HGT.

É a segunda vez que você faz reacender a paixão pelo trabalho. Em junho tive a oportunidade de conversar com você e você envolve tanto que quando eu vi, eu tava falando mais das dificuldades do SAD e o tempo todo ela puxava: ‘Mas vocês fazem isso, mesmo?’ Me lembro da sua fala: ‘Vocês fazem isso, mesmo?’ [...] É parabenizar ela mesmo, que com suas palavras, o seu jeito, você mexe realmente com isso para reativar essa paixão da gente pelo trabalho, pelo tipo de gestão, é isso. [Gerente]

As oportunidades de conversa foram para nós exercícios de passagem para as paixões alegres e nos sentimos afirmando isso quando ouvimos a gerente dizer “E o tempo todo ela *puxava*: mas vocês fazem isso mesmo?”. “Puxar” por uma clínica da expansão da vida, em que acolhemos o discurso de sofrimento do trabalhador, mas buscamos irromper essa experiência de sofrer para outras direções. “Todos sofrem: usuários, trabalhadores, gestores, formadores. O sofrimento é uma experiência em comum. Mas qual o seu sentido?” (MACHADO; LAVRADOR, 2009, p. 516). Puxar para provocar o “sentimento de passagem” da passividade para atividade, de um sofrer por carência ou excesso para um sofrer perturbador que convoca a ressignificação e invenção de outras “possibilidades de vida que escapem ao padecimento, à sujeição, ao vitimar-se.” (MACHADO & LAVRADOR, 2009, p. 517). E como efeito de *puxar* houve a produção de um desvio nessa experiência de sofrimento em direção à *paixão*, no sentido de afirmação do engajamento no trabalho concreto, do movimento e da continuidade entre as urdiduras do trabalho e alegria do fazer cogestivo.

Tem algumas coisas que passaram na minha cabeça enquanto você estava falando. Primeiro é quando [a antiga direção], quando em 2008 ou 2009, veio apresentar esse trabalho do Giselda. [...] O pessoal começou a elogiar o trabalho e ela disse: ‘*Pelo amor de Deus, [...]! O pessoal começou a elogiar, começou a gostar e eu fiquei apavorada! Será que é isso mesmo que a gente tá fazendo?*’ E ela entrou em pânico! E pra sair desse pânico foi difícil. E a gente teve que conversar muito com ela. Na época ela queria colocar o pé no freio desse negócio de dizer que o Giselda era bom. Quando o pessoal começava a falar do Giselda ela fazia assim (encolhendo o corpo na cadeira, cruzando os braços e abaixando a cabeça num movimento de vergonha escondendo), ela ficava aperreada²⁴ assim. E nesse momento é muito interessante que você trás mais uma vez e eu acho que a gente devia discutir mais em outros momentos isso aí.

²⁴ Aperreada significa enfezado, aborrecido, impaciente ou agoniado.

Apropriamos-nos do conceito de reencantamento do concreto da teoria da cognição enactiva, que rompeu com o paradigma das tradicionais ciências cognitivas. Estas nos ensinaram como os seres vivos operam por infinitos processos neurológicos e faculdades mentais abstratas. Na teoria da cognição enactiva tais processos mentais se dão nas experiências cotidianas, nas vivências do dia a dia, no “presente imediato que o concreto de fato vive” (VARELA, 2003, p. 73). Nesse sentido, o autor explica que assumimos condutas e valores para nossos dia a dia pautados num contínuo processo de criação de micromundos e microcolapsos.

O micromundo é um conjunto de referências culturais e materiais do meio em que vivemos a partir do qual agimos automaticamente, sem deliberação. Por exemplo, quando adultos não precisamos pensar para usar os talheres durante uma refeição, mas se formos para outro país teremos que prestar atenção ao redor para agir de acordo com a situação. Quando no concreto de uma situação lidamos com o inesperado e o imprevisível, em que não existe repertório definido para conduzirmos uma ação, passamos por *microcolapsos* em que todo o arranjo neural que dá suporte aos nossos micromundos se reorganiza para dar conta da experiência do presente imediato, se abrindo para infinitas possibilidades de ação e novas conexões (VARELA, 2003).

“*É isso mesmo que a gente tá fazendo?*” diz a ex-diretora com espanto, pois como poderiam ser elogiados tendo tantos desafios para superar. Os trabalhadores do HGT enfrentam controvérsias cotidianas, às vezes não tem medicamentos na farmácia, nem sempre tem os equipamentos básicos de higiene e segurança, nem leitos especializados para doentes acamados em casa. Por outro lado eles otimizam ou até inventam recursos, seja para fazer os curativos em ex-pacientes que estão sob cuidado domiciliar, improvisando uma cama com os materiais disponíveis na casa em que fazem a visita, como tijolos ou tábuas, por exemplo, ou em outra situação como esta em que é necessário garantir a continuidade do cuidado em saúde com respostas criativas e rápidas. Não seria de se admirar os trabalhadores que conseguem agir nas mais diversas situações complexas? Talvez essa dúvida, espanto ou pânico não seja a negação dos avanços, mas um efeito de certa “assombração” que nos impede de nos reencantarmos com o concreto, do jeito que ele é: cheio de controvérsias, mas cheio de possibilidades de superação, lugar onde podemos experimentar nossa capacidade de agir, de criar saídas.

Vivemos uma tradição “abstrata” dominante, racionalista, cartesiana e objetivista que classifica a experiência corporificada, vivida e *concreta* como “ruído que obstrui o padrão mais luminoso a ser captado em sua verdadeira essência”. Entretanto, para nós o conhecimento *concreto* é único, sua historicidade e contexto não é um ruído “trata-se de como chegamos e onde ficamos” (VARELA, 2003, p. 72). Os modelos “ideais” nos acusam, nos assombram e nos fazem duvidar da força e potência do modo como lidamos com o presente concreto, a ponto de um elogio parecer um equívoco e nos fazer entrar em pânico, como aconteceu com a ex-diretora. Mas nos é interessante como o *conversar muito* quando está aperreada, apavorada, travada e sem saber o que fazer diante do *concreto*, é uma maneira de acolher os trabalhadores na cogestão transformando os microcolapsos em oportunidades de afirmar outras formas e garantir o cuidado.

Os microcolapsos são as

maneiras novas de se comportar e as transições ou pontuações entre elas [...] que sofremos constantemente. Por vezes os microcolapsos tornam-se não exatamente micro, mas sim microscópicos, como quando um choque ou perigo súbito acontece de forma inesperada (VARELA, 2003, p. 76).

O choque entre nossas referências ideais e o que nos é possível no presente concreto nos força a explorar nossa criatividade e conversar muito em espaços de cogestão possibilita construir meios de agir com o outro. Em uma situação de controvérsia “ser capaz de ações apropriadas é, num sentido significativo, uma maneira pelo qual corporificamos uma torrente de transições de micromundos recorrentes” (VARELA, 2003, p. 77), ou seja, em situações recorrentes lidamos de modo automático, não é necessário deliberar, apenas executar. Mas, em situações “nas quais as recorrências não se aplicam e [...] devem ser executadas de forma deliberada”, conversar muito nos espaços de cogestão, em que o “pensar junto” acolhe os trabalhadores, se faz espaço de criação de outras referências, outras maneiras de agir, outros micromundos, alterando certos modos automáticos que não responde aos problemas imediatos do cuidado em saúde com eficácia.

O reencantamento do concreto, então, seria um convite a “centralização no presente” onde “o concreto vive” ao invés de nos deixar assombrar por nossas expectativas em torno do ideal. O modelo existe como utopia, projeto ou alvo se mantendo no horizonte para nos instigar a caminhar, mas o que nos interessa é o movimento com o presente concreto. Um

movimento afirmativo e coordenado de mudança que tem se construído no HGT ao longo desses anos.

Outra questão que me trás a sua fala é quando duas profissionais lá em baixo estavam conversando, aí diziam uma pra outra. [...] ‘Não! Eles estão errados!’ E aí começaram a discussão e eu e [outra apoiadora] paradas assim, numa tensão grande. Nós duas paramos pra ouvir a conversa do outro. E eles diziam assim: ‘Eles tem colegiado? Tem! Então pronto! Vamos saber então quando é a reunião do colegiado deles e a gente leva pra lá.’ Menina! Eu fiquei tão emocionada, perguntei [...]: ‘você tá emocionada?’ Ela disse: ‘Estou!’. Eu disse: ‘Também!’. Então, existe um movimento cara, por que nós não acreditávamos, nem [a ex-diretora] acreditava, nem outras pessoas e acho que os próprios colegiados deviam ter suas questões.

Então, são todos os fatos que você trás aqui e que apontam que [...] existe um movimento. Então, você trás na sua fala uma coisa que eu acho importante a gente reafirmar aqui: é o movimento. E o que é o movimento? O movimento é vida, movimento é saúde. Você usou uma palavra, você diz: a vida pede passagem, né?! E a vida hoje, no sentido da democracia, da inclusão, do respeito, ela pede passagem no nosso país. E aqui no Giselda está fazendo essa parte nesse sentido, né?! De dar passagem à alguma coisa do humano que quer construir a vida de outra forma que não a verticalidade. Então, quando a gente dizia há muito tempo atrás: ‘Gente, implementar a visita aberta é importante? É! Mas o mais importante não é o teu instrumento da visita aberta no hospital. O mais importante é ter o movimento constante de encontro dos profissionais para acolher de outra forma. Então sempre é o movimento que é fundamental no ser humano. A gente está fazendo o que é bom com a participação e isso você trás na sua fala. [Apoiadora Institucional].

Movimento afirmativo e coordenado que propõem o encontro constante dos trabalhadores nos espaços coletivos para exercitarem esse potencial criativo articulado com as situações do *concreto*, mas com a clareza de que se segue o “sentido da democracia, da inclusão, do respeito”. Dar passagem à “alguma coisa do humano que quer construir a vida de outra forma que não a verticalidade.” O reencantamento do concreto, então, nos instiga a compartilhar com os trabalhadores o quanto aprendemos nessa caminhada institucional sobre a importância dessa “coisa”, de nos assumirmos enquanto ser-político que faz movimentos afirmativos, em que podemos analisar se os modos instituídos servem ou não servem mais para nossas vidas, (re)existir e nos reinventar em outras formas de organização coletiva nos espaços públicos.

Deslumbramos-nos “contra a idealização do humano” (COELHO, 2006, p. 72) diante das intervenções concretas, da produção de realidade, da reinvenção de modos de operar, da coprodução de princípios e de diretrizes para os processos de trabalho. Isso é o reencantamento do concreto como aposta para mudança dos modos de gestão e atenção no SUS (COELHO, 2006). E, como afirma o diretor, “Nós temos e estamos avançando [...] não existe uma fórmula mágica. [...] E a gente precisa continuar, a vida continua” e seguimos

apostando como uma *ação política* que se faz *com o outro* a partir da experiência vivida sem perder de vista nossas utopias. Os artistas nos ajudam a expressar o *como* nos interessa continuar: “Ser cidadão, meus companheiros, não é viver em sociedade: é transformar a sociedade em que se vive! *Com a cabeça nas alturas, os pés no chão e mãos a obra*” (BOAL, 2009).

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS: PISTAS PARA OUTRAS CAMINHADAS.

Os serviços de saúde no Brasil lidam com muitas demandas, mas poucos recursos, com relações verticais e centralizadoras que fragmentam os processos de cuidado (ARAÚJO; PONTES, 2012; CAMPOS, 2003; CAMPOS, 2009; CAMPOS; AMARAL, 2007; CAMPOS; DOMITTI, 2006; CUNHA; CAMPOS, 2010). Entretanto, apesar dessas questões, existem movimentos de resistência que afirmam a indissociabilidade entre gestão e atenção e apostam na cogestão para reinventar os processos de trabalho, para trazer porosidade aos serviços (GUIZARDI; CAVALCANTI, 2010), para ressignificar a função de gerente (OLIVEIRA, 2011), para construir arranjos institucionais que fortaleça o trabalho em rede (RIGHI, 2002). Consideramos, assim, que a mudança nos modelos técnico-assistenciais não está garantida por leis, normas ou portarias, mas essa aposta se faz em um contínuo exercício (MORI; OLIVEIRA, 2009) de transversalizar as relações nas instituições (BARROS; PASSOS, 2012).

Uma foto, um quadro branco e a frase de Esdras nos possibilita analisar nosso percurso e afirmar que, ao propor a temática da cogestão, nos fazemos passagem para uma aposta que já está em curso. Em que consiste a ideia de “aposta”? O diálogo com Arendt (2005) e Foucault (2006; 2015) nos permitiu dizer que uma aposta é uma *ação política* que se faz *com o outro* no cotidiano, inserida nas relações de poder. O Esdras nós não conhecemos, mas concordamos com a pista que ele nos deixou escrita naquele quadro branco, de que ações de corresponsabilização devem ser continuadas. Embora existam muitas controvérsias no SUS, o encontro com a cogestão nos insere nessa aposta e nos coloca num plano comum. Assim, essa aposta na dimensão pública do SUS é o que existe em comum entre o Esdras, o HGT e essa dissertação.

A história da Reforma Sanitária nos deixou *vestígios de um confronto* marcado por controvérsias. Dentre elas destacamos primeiramente que o SUS expressa uma coexistência de poderes autoritários e democráticos, pois carrega resquícios de uma “origem” em que se instituiu entre a máquina de Estado e a força dos coletivos, compondo um jogo de forças, de disputa entre certa gestão verticalizada e centralizadora e outra que propõe autonomia dos coletivos. Depois apontamos uma segunda controvérsia: o “direito à saúde” expressa uma concessão do Estado, como certa estratégia para manter o *status quo*, ao mesmo tempo em

que expressa em si certa conquista realizada com o esforço dos movimentos sociais para fundar o direito à saúde como direito universal à vida. E por último destacamos o desafio de continuar o processo de construção do SUS dentro de um aparato jurídico-administrativo que regula a autonomia dos coletivos, mas não proporciona financiamento adequado e recursos para a saúde. Na década de 90, mesmo com tantas outras controvérsias houve a proposição de normas para que o SUS seguisse o processo de descentralização, mas nem sempre tais normas conseguiram atingir esse intento (RIGHI, 2002).

Intervir por meio das normas ou por meio *das práticas*? Parece-nos que a cogestão, enquanto diretriz da PNH, orienta os processos de mudança na instituição não apenas em aspectos técnicos como mudar o organograma, construir protocolos e normas ou mudar o nome dos setores, mas visa intervenções no âmbito das práticas em saúde, propondo construir arranjos institucionais democráticos no SUS (COSTA, 2013). Estamos vivenciando no novo século certa mudança de paradigma? E é isso que nos chama atenção nesse processo histórico. Não teriam as políticas e os coletivos tomado *as práticas em saúde* como foco de discussão, intervenção e exercício? Para além de se afirmar a necessidade de construirmos direitos, hoje existe movimentos que fazem no presente concreto a transposição de tais direitos, garantidos no papel, para o cotidiano. Do papel para o dia a dia, vemos serviços de saúde, como o HGT, construindo encontros pautados na ética, exercitando a produção de outros modos de gerir e cuidar, afirmando a dimensão criativa e autônoma para construir acesso a saúde integral por meio das práticas.

Dentre as várias ênfases que os autores dão sobre o conceito de cogestão, destacamos-la como *diretriz*. Consideramos que a cogestão norteia os processos de gestão no HGT, mas não determina *o que* fazer, no sentido de descentralizar as decisões e se investir em processos criativos de acordo com as necessidades de cada unidade de produção. Entretanto, destacamos que esse norte não é neutro e afirma uma direção bem precisa: de uma gestão coletiva, que inclui os trabalhadores, estudantes e usuários, e que não seja um governo *sobre* as pessoas, mas *com* as pessoas. Entendemos que, assim, a cogestão enquanto diretriz contribui para a reinvenção dos processos de trabalho de modo que escapam de práticas individualizantes, centralizadoras, verticalizadas e burocráticas.

A caminhada institucional, como metodologia da pesquisa-intervenção, se baseou na ética dos encontros, sobre a qual entendemos a importância de colocar em análise a

implicação do pesquisador, que também ocupa lugar nas relações de poder (TONELI; ADRIÃO; CABRAL, 2012). Por uma ética dos encontros em que não existem regras sobre como conduzir as situações *a priori*, mas onde assumimos um compromisso ativo (VARELA, 1996) de produzir desvios potentes com os encontros que experimentamos. Na busca por relações alegres afirmamos nosso compromisso ético de engrandecer a potência de agir do outro com quem nos encontramos (GOMES; SILVA JÚNIOR, 2013).

Transformar para conhecer (ROCHA; AGUIAR, 2003) e conhecer para se expressar, como reinvenção de si e do mundo (MAURENTE, 2012). Experimentamos o desenvolvimento dessa metodologia pela realização de entrevistas e uso do diário de campo, a partir dos quais caminhar era produzir desvios, escrever contos, cantar e compartilhar, para elaborar a experiência desse encontro com o campo. Seria necessário delinear com mais precisão o que estamos chamando de caminhada institucional? Possivelmente e consideramos que a etnografia e as pesquisas avaliativas podem ser aliadas para dar certa consistência metodológica em próximas caminhadas institucionais.

A intensidade do processo de avaliação coletiva junto ao Colegiado Ampliado nos faz acreditar que vale a pena criar estratégias e momentos específicos para colocar em questão todo o processo de pesquisa. O mais importante para nós é que essa avaliação não foi o “final da pesquisa”, mas na verdade compõe o meio, momento que consideramos fundamental para delinear os “resultados” que entram no texto da dissertação. A própria dissertação teve seus contornos definidos com mais clareza e precisão após esse processo avaliativo com o colegiado ampliado e após o encontro com a apoiadora institucional em que conversamos sobre “cadê meu caroço de feijão?”. Consideramos potente fazermos a antropofagia das críticas e dos elogios para que o trabalho abrigue, invente e expresse questões com o campo, questões produzidas na intercessão entre o pesquisador e o campo.

Experimentamos com a *caminhada institucional* que pesquisar não se restringe a produção de conhecimento acadêmico. No encontro *pesquisador-com-a-roda* pesquisar compôs um forte processo formativo em que nos foi possível diferir de nós mesmos na vida. Terminamos diferentes de quando começamos esse trabalho e agora seguimos com mais clareza sobre a importância de estudos que se debruçam sobre a dimensão política dessa *aposta na cogestão*.

Ao ouvir as histórias sobre como se deu o processo de construção da gestão colegiada no HGT consideramos que contar a história aquece a memória, na medida em que retoma momentos importantes e definidores dessa aposta na cogestão. A proposição de um nome para ocupar o cargo de direção, nos pareceu certo exercício de autonomia, mas o momento decisivo para instituir a gestão colegiada foi quando se fez um contrato de gestão entre a direção, outros coletivos do hospital e a secretaria para que o HGT assumisse publicamente esse arranjo institucional. Consideramos que visitar outros hospitais junto a PNH possibilitou o contágio nessa aposta da cogestão de modo que esse contágio se desdobrou na construção de arranjos de apoio institucional e dos colegiados. Assim, o que vemos nessa história se não intensos exercícios de democracia?

Vivendo e aprendendo a jogar os trabalhadores construíram estratégias para resistir à gestão hegemônica, propondo a cogestão como alternativa para nortear os processos de trabalho e produzir *práticas* de gestão e atenção pautadas na ética democrática. Isso exige muita conversa, e como vemos em Arendt (2005) é justamente a ação discursiva que funda o espaço público. Por meio dessa ação discursiva, da persuasão e retórica, os trabalhadores propõem mudanças desde os protocolos até as práticas mais sutis de cuidado. Sobre isso lembramos de certa reunião do colegiado em que houve muita conversa para traçar estratégias de cuidado à paciente com HIV/AIDS, em que importa construir vínculos de confiança com o paciente e um trabalho em equipe para que oferecer um cuidado integral, incluindo aspectos desde alimentação, medicamentos, até o suporte emocional, dentre outros.

No HGT, embora a cogestão seja diretriz para organizar os processos de trabalho, vemos a democracia institucional coexistir com o velho modelo de gestão. Nesse sentido, enquanto nos colegiados se propõe exercícios de autonomia, intensas conversas e reinvenção das práticas, vemos movimentos contrários que reclamam e ressentem as mudanças. Essa coexistência de forças expressa certo poder que pretende gerir e controlar a vida e outro poder que resiste ao controle e que dá passagem a vida. Consideramos que a gestão hegemônica compõe o jogo de forças afirmando o controle e disputando espaço para administrar a vida, enquanto a cogestão resistiria nessa relação, afirmando a autonomia, as intensas trocas e comunicação que afirma a dimensão autopoietica da vida nos processos de trabalho (MATURANA; VARELA, 1995).

Nesse jogo de forças, a cogestão resiste à gestão hegemônica, mas é atravessada por outros movimentos, dentre os quais delineamos os *movimentos congestivo-cogestivo* e o *movimento cogestivo-congestivo*. O ponto de partida é que ambos reagem negativamente às mudanças construídas com a cogestão, mas, enquanto o primeiro termina por ruminar as críticas e alimentar os espaços coletivos, o segundo quer interceptar as mudanças a partir da produção de afastamentos e isolamentos nos processos de cogestão.

A partir da leitura de Sousa (2005) dialogamos com Deleuze para afirmar que nesse jogo há movimentos que ressentem as mudanças e buscam manter o *status quo*, enquanto há outros movimentos afirmativos que propõe outros direcionamentos para a vida. Nesse sentido, a cogestão expressa a dimensão criativa das resistências (ALVIM, 2009) ao construir estratégias, dentre as quais destacamos os colegiados e os arranjos de apoio institucional.

Como se fosse uma engrenagem os processos de mudanças com a cogestão e o apoio institucional se retroalimentam. Existir um grupo de formação de apoiadores que se reúne semanalmente para analisar os processos de mudança e se rearranjar para dar suporte aos coletivos das unidades de produção só reforça a ideia de como o apoio é uma ferramenta importante para sustentar a “roda” (OLIVEIRA, 2011). O ColGA também sustenta a roda em incessante comunicação com os ColPU. Como espaços políticos de aprendizagem, não no sentido tradicional da reprodução de técnicas e conteúdos (CÉSAR et al., 2014), mas dos exercícios da ação discursiva e de autonomia, operando sobre as práticas de certo modo em que não estavam acostumados (BARROS, 2001).

O reencantamento do concreto nos chama atenção para o *presente*, para o vívido, para experiências como lugar de intensa produção de conhecimento, construção de estratégias e saídas para os desafios (VARELA, 2003). Consideramos que as idealizações do humano (COÊLHO, 2006), os modelos ideais, nos assombram e dificultam a valorização dessa dimensão criativa nas ações cotidianas. Buscamos afirmar a força dessa capacidade de agir no presente concreto como um compromisso ético (CÉSAR et al., 2014). Nesse sentido, em discursos de sofrimento pela escassez ou excesso nos serviços públicos acreditamos que indagar sobre as estratégias de superação contribuiu para a produção de passagens de afetos tristes para alegres, afirmando a expansão da vida (MACHADO; LAVRADOR, 2009).

Diante da densidade da temática da cogestão, trabalhamos a experiência desse encontro destacando os Colegiados e o Apoio Institucional como duas estratégias fundamentais para a construção de arranjos institucionais mais democráticos. Caminhamos entre os diferentes pontos de vista, interesses e estratégias que compõe o difícil jogo da cogestão e aprendemos que, enquanto na RGH se joga sozinho, apostar na cogestão é necessariamente jogar *com o outro*, a partir da construção de vínculos de confiança e corresponsabilização. Consideramos que nossa realização, sob o ponto de vista da ética dos encontros, foi suficiente para experimentar a *aposta* na cogestão a partir dessas duas estratégias apresentadas. Entretanto, outras estratégias que listamos abrem frente de estudos que analisem como seria resistir *aquecendo a memória, reunindo os usuários e acompanhantes, acompanhando os processos, ofertando cursos* dentre outras tantas estratégias a serem inventadas. Não tratamos de todas as estratégias observadas aqui, pois caminhar requer esforço moderado e constante, ou seja, não pretendemos aprender a totalidade dessa experiência, e voltamos a dizer que “não sabemos tudo, não podemos tudo” e nós não carregamos conosco essa pretensão (GROS, 2010, p. 198).

Consideramos que existem poucas publicações sobre a dimensão política da cogestão em saúde, abordada a partir da experiência do encontro entre o pesquisador e o campo. Embora muito difundida na área da saúde e elaborada por Campos (2007b) sob diversos aspectos – mudança no organograma, nas relações assimétricas de poder, método da roda, apoio Paidéia, dentre outros – avançamos ao propor que a cogestão é uma *aposta*, e portanto uma *ação política* que se faz *com o outro* no cotidiano cheio de controvérsias e potente para construção de outros modos de gerir e cuidar nos serviços de saúde do SUS.

Essa dissertação consagra a realização do inacabado, por que não pretende encerrar em si o conhecimento dessa aposta na cogestão enquanto uma produção “coletiva de vias de expressão e invenção de si” (MAURENTE, 2012, p. 110). Não podemos confundir acabamento com realização (MORRIN, 1999 apud COELHO, 2006). Realizamos a pesquisa-intervenção sob o parâmetro de nos impregnar com a experiência da cogestão, mas não vislumbramos o fim das composições dessa aposta – *ação política* que se faz *com o outro*, e por isso podemos dizer que esse texto terminará incompleto.

Incompleto é também o papel, pequeno para suportar a intensidade e o deslumbramento dessa experiência de caminhar e se afetar pela dinâmica dos jogos de poder

que compõem os processos de trabalho no hospital. Nem todas as histórias ouvidas e vividas foram contadas, nem tudo que foi experimentado coube na escrita. Essa dissertação é o que nos foi possível no *presente concreto* e nos abre para novos caminhos a serem construídos. O que fica de “fora do texto” se reinventa e nos reinventa em sensações, lembranças de lutas, de sorrisos, de força e vontade de continuar, nos fazendo acreditar que vale a pena apostar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGUIAR, O. A. A dimensão constituinte do poder em Hannah Arendt. **Revista de Filosofia**, Universidade Estadual Paulista/UNESP, v. 34, n. 1, 2011. Disponível em: <http://www2.marilia.unesp.br/revistas/index.php/transformacao/article/view/1052/951>. Acesso: 15 Out. 2015
- ALTOÉ, S. **René Lourau**: analista institucional em tempo integral. São Paulo: Hucitec, 2004.
- ALVAREZ, J.; PASSOS, E. Cartografar é habitar um território existencial. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. da. (Orgs.). **Pistas do método da cartografia**: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2012. p. 131-149.
- ALVIM, D. M. O rio e a rocha: resistência em Gilles Deleuze e Michel Foucault. **Intuitio**, Porto Alegre, v..2, n. 3, p. 78-90, nov. 2009.
- AMORIM, M. A. **O corpo no esquizodrama**. [s/d] Disponível em: <http://xa.yimg.com/kq/groups/21129448/1705367047/name/Texto+14+O+Corpo+no+Esquizo+drama.doc>. Acesso: 06 Abr. 2016.
- ANTUNES, M. A. O público e o privado em Hannah Arendt. **BOCC**: Biblioteca On-line de Ciências da Comunicação. 2004. Disponível em: http://www.bocc.ubi.pt/_esp/autor.php?codautor=585. Acesso: 23 Mar. 2016.
- APOSTA. In: DICIONÁRIO do Aurélio Online - Dicionário de português. c2008-2016 Disponível em: <http://www.dicionariodoaurelio.com/aposta>. Acesso: 01 Abr. 2015.
- APOSTA. In: MICHAELIS, Dicionário de Português Online. Editora Melhoramentos, UOL – O melhor conteúdo. C1998-2009. Disponível em: <http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index.php?lingua=portugues-portugues&palavra=aposta>. Acesso: 01 Abr. 2015.
- ARANTES, E. M. de M. Escutar. In: FONSECA, T. M. G.; NASCIMENTO, M. L. do; MARASCHIN, C. (Orgs.). **Pesquisar na diferença**: um abecedário. Porto Alegre: Sulina, 2012. p. 93-96.
- ARANTES, G. Aprendendo a jogar. Intérprete: Elis Regina. In: REGINA, E. **Elis** (1980). [S.l.]: EMI-Odeon, 1980. 1 CD. Faixa 5.
- ARAÚJO, C. E. L.; PONTES, R. J. S. Constituição de sujeitos na gestão em saúde: avanços e desafios da experiência de Fortaleza (CE). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 9, p. 2357-2365, 2012.
- ARENDT, H. **A condição humana**. 10. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005.
- BAMPI, L. Governo, Subjetivação e Resistência em Foucault. **Revista Educação & Realidade**, v. 27, n. 1, p. 127-150, jan./jun. 2002.

BARBOSA, J. G. Conversando sobre o diário de pesquisa. Entrevista com Remi Hess. In: BARBOSA, J. G.; HESS, R. (Orgs.). **O diário de pesquisa**: o estudante universitário e seu processo formativo. Brasília: Liberlivro, 2010. p. 77 – 103.

BARROS, M. E. B. de. Avaliação e formação em saúde: como romper com uma imagem dogmática do pensamento? In: PINHEIRO, R.; MATTOS R. A. de (Orgs.). **Gestão em redes**: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006. p. 261- 287.

BARROS, M. E. B. de; GOMES, R. Humanização do cuidado em saúde: de tecnicismos a uma ética do cuidado. **Fractal**: Revista de Psicologia, Rio de Janeiro, v. 23, p. 24-46, 2011.

BARROS, M. E. B. de; GUEDES, C. R.; ROZA, M. M. R.. O apoio institucional como método de análise-intervenção no âmbito das políticas públicas de saúde: a experiência em um hospital geral. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4803-4814, dec. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001300029&lng=en&nrm=iso. Acesso: 04 Abr. 2016.

BARROS, M. E. B.; BARROS, R. B. Da dor ao prazer no trabalho. In: SANTOS FILHO, S. B; BARROS, M. E. B. (Orgs.). **Trabalhador da saúde**: muito prazer! Protagonismo do trabalhador na gestão do trabalho em saúde. Ijuí: Ed. Unijuí, 2007. p.61-71.

BARROS, R. B. **Grupo**: a afirmação de um simulacro. Porto Alegre: Sulina/Editora da UFRGS, 2007.

BARROS, R. B. Grupo: estratégia na formação. In: ATHAYDE, Milton et al. (Orgs.). **Trabalhar na escola?** Só inventando o prazer. Rio de Janeiro: Ipub-Cuca, 2001. p. 71-88.

BARROS, R. B.; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 561-571, sept. 2005a. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300014&lng=en&nrm=iso. Acesso: 06 Abr. 2016.

BARROS, R. B.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 389-406, mar./ago. 2005b.

BARROS, R. B; PASSOS, E. Transversalizar. In: FONSECA, T. M. G.; NASCIMENTO, M. L. do; MARASCHIN, C. (Orgs.). **Pesquisar na diferença**: um abecedário. Porto Alegre: Sulina, 2012. p. 239-242.

BATISTA, V. M. Questionar. In: FONSECA, T. M. G.; NASCIMENTO, M. L. do; MARASCHIN, C. (Orgs.). **Pesquisar na diferença**: um abecedário. Porto Alegre: Sulina, 2012. p. 199-201.

BOAL, A. Palavras que Boal deixou pra nós. **Ciranda.net**, 3 de maio de 2009. [Transcrição de palestra em: Fórum Social Mundial 2009, Belém do Pará (Brasil), 31 Jan. 2009.]. Disponível em: https://www.ciranda.net/Palavras-que-Boal-deixou-pra-nos?lang=pt_br. Acesso: 16 Mar. 2016.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de Dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso: 12 Jan. 2016.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 de set. 1990a. p. 18055.

BRASIL. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 31 dez. 1990b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm. Acesso: 30 Out. 2015.

BRITO, J. et al. O trabalho nos serviços públicos de saúde: entre a inflação de normas e a ausência de normas. In: ASSUNÇÃO, A. Á.; BRITO, J. (Orgs.) **Trabalhar na saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. p. 23-44.

CALDERON, D. B. de L. **Cogestão e processo de intervenção de apoiadores da política nacional de humanização de Santa Catarina**. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2013.

CAMINHADA. In: DICIONÁRIO do Aurélio Online - Dicionário de português. c2008-2016 Disponível em: <http://dicionariodoaurelio.com/caminhada>. Acesso: 01 Abr. 2015.

CAMINHADA. In: DICIONÁRIO InFormal. c2006-2016 Disponível em: <http://www.dicionarioinformal.com.br/caminhada/>. Acesso: 01 Abr. 2015.

CAMINHADA. In: MICHAELIS, Dicionário de Português Online. Editora Melhoramentos, UOL – O melhor conteúdo. C1998-2009. Disponível em: <http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index.php?lingua=portugues-portugues&palavra=caminhada>. Acesso: 01 Abr. 2015.

CAMINHAR. In: MICHAELIS, Dicionário de Português Online. Editora Melhoramentos, UOL – O melhor conteúdo. C1998-2009. Disponível em: <http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index.php?lingua=portugues-portugues&palavra=caminhar>. Acesso: 01 Abr. 2015.

CAMPOS, G. W. de S. Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2337-2344, ago. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500009&lng=en&nrm=iso. Acesso: 05 Abr. 2016.

CAMPOS, G. W. de S. Modo de co-produção singular do Sistema Único de Saúde: impasses e perspectivas. **Saúde em Debate**, v. 33, n. 81, p. 47-55, jan./abr. 2009.

CAMPOS, G. W. de S. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 863-870, out. 1998. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1998000400029&lng=en&nrm=iso. Acesso: 06 Abr. 2016.

CAMPOS, G. W. de S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

CAMPOS, G. W. de S.. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 301-306, apr. 2007a. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200002&lng=en&nrm=iso. Acesso: 05 Abr. 2016.

CAMPOS, G. W. de S.; AMARAL, M. A. do. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 849-859, ago. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000400007&lng=en&nrm=iso. Acesso: 05 Abr. 2016.

CAMPOS, G. W. de S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000200016&lng=en&nrm=iso. Acesso: 05 Abr. 2016.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. 3. ed. São Paulo: HUCITEC, 2007b.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 7 ed. Rev. Trad. Maria Thereza R. C. Barrocas. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Linha de Cuidado: a imagem da mandala na gestão em rede de práticas cuidadoras para uma outra educação dos profissionais em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. (Orgs.). **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação em saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2006. p. 165-184.

CÉSAR, J. M. et al. O apoio como atividade de trabalho: dimensões e desafios para o exercício da função apoio. In: PINHEIRO, R. et al. (Orgs.). **Práticas de apoio e a integralidade no SUS: por uma estratégia de rede multicêntrica de pesquisa**. Rio de Janeiro: CEPESC/ABRASCO, 2014. p. 139-174.

COÊLHO, B. P. **O reencantamento do concreto e as apostas nas mudanças nos Modelos de Atenção e de Gestão do SUS**. (O caso do Instituto Hospitalar General Edson Ramalho/João Pessoa/Paraíba). Dissertação (Mestrado) – Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Ageu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz. Recife, 2006.

COSTA, M. T. F. da. **Percepções, práticas e possibilidades de mudanças na cogestão no Hospital Giselda Trigueiro/Natal-RN**. Dissertação (Mestrado) - Departamento de

Odontologia, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal Do Rio Grande do Norte. 2013.

CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. de S. Método Paidéia para co-gestão de coletivos organizados para o trabalho. **Revista ORG & DEMO**, v. 11; n. 1, 2010. Disponível em: <http://www2.marilia.unesp.br/revistas/index.php/orgdemo/article/view/468/364>. Acesso: 5 Mar. 2016.

DELEUZE, G. **Foucault**. 2. ed. 2. reimp. Buenos Aires: Paidós, 2008.

DELEUZE, G. **O ato de criação**. Palestra de 1987. Tradução de: MACEDO, J. M. Edição brasileira: Folha de São Paulo, 27/06/1999.

EIRADO, A. do; PASSOS, E. A noção de autonomia e a dimensão do virtual. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 9, n. 1, p. 77-85, abr. 2004.

ESCÓSSIA, L. da. Coletivizar. In: FONSECA, T. M. G.; NASCIMENTO, M. L. do; MARASCHIN, C. (Orgs.). **Pesquisar na diferença**: um abecedário. Porto Alegre: Sulina, 2012. p. 53-56.

ESCÓSSIA, L. da. O coletivo como plano de criação na Saúde Pública **Interface** – Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 13, supl. 1, p. 689-694, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500019&lng=en&nrm=iso. Acesso: 04 Abr. 2016.

ESCÓSSIA, L. da; TEDESCO, S. O coletivo de forças como plano de experiência cartográfica. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. da. (Orgs.). **Pistas do método da cartografia**: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2012. p. 92-108.

FLEURY, S. A questão democrática na saúde. In: _____ (Org.) **Saúde e democracia**: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p. 25-41.

FOUCAULT, M. **Ética, sexualidade, política**. Organização e seleção de textos de Manoel Burros da Moita; Tradução de Elisü Monteiro, Inês Autmn Dourado Barbosa. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária. 2006. (Ditos e escritos; V).

FOUCAULT, M.. **Microfísica do poder**. 2. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2015.

FREIRE, M. R. C. et al. A voz dos trabalhadores sobre a gestão participativa em um hospital de grande porte. **Revista Brasileira de Inovação Tecnológica em Saúde**, v. 4, n. 4, p. 34 – 54, 2014. Disponível em: <http://www.periodicos.ufrn.br/reb/article/view/5896/5105>. Acesso: 06 Abr. 2016.

GALEANO, E. H. **De pernas pro ar**: a escola do mundo ao avesso. Tradução de Sergio Faraco. Porto Alegre, RS: L&M Editores, 2015. (Coleção L&M POCKET; v.820).

GALEANO, E. **Las palabras andantes**. 5. ed. Buenos Aires: Editora Catalogos S.R.L., 2001. Disponível em:

<http://static.telesurtv.net/filesOnRFS/news/2015/04/13/laspalabrasandantes.pdf> Acesso: 26 Abr. 2016.

GOMES, L. G. N.; SILVA JÚNIOR, N. Experimentação política da amizade a partir da teoria dos afetos de Espinosa. **Cadernos espinosanos**, n. 28, p. 39-58, jan./jun. 2013. Disponível em:

<http://espinosanos.fflch.usp.br/sites/espinosanos.fflch.usp.br/files/upload/paginas/cadernos%2028.pdf>. Acesso: 18 Mar. 2016.

GROS, F. Mística e Política (Gandhi). In: _____. **Caminhar, uma filosofia**. Tradução de Lília Ledon da Silva. São Paulo: É Realizações. 2010. p. 193-205.

GUATTARI, F. (1964) A transversalidade. In: _____. **Psicanálise e transversalidade: ensaios de análise institucional**. Aparecida: Ideias e Letras, 2004. p. 75-84.

GUIMARÃES, C. F.; MENEGHEL, S. N.; OLIVEIRA, C. S. de. Subjetividade e estratégias de resistência na prisão. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 26, n. 4, p. 632-645, dez. 2006.

GUIZARDI, F. L.; CAVALCANTI, F. de O. L. O conceito de cogestão em saúde: reflexões sobre a produção de democracia institucional. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1245-1265, dez. 2010.

LAROUSSE ÁTICA: Dicionário da língua portuguesa. Paris: Larousse/São Paulo: Ática, 2001.

LATOUR, B. Como falar do corpo? A dimensão normativa dos estudos sobre a ciência. In: NUNES, J. A.; ROQUE, R. (Org.). **Objetos impuros: experiências em estudos sociais da ciência**. Porto: Afrontamento, 2007. p. 40-61.

LAZZAROTTO, G. D. R. Experimental. In: FONSECA, T. M. G.; NASCIMENTO, M. L. do; MARASCHIN, C. (Orgs.). **Pesquisar na diferença: um abecedário**. Porto Alegre: Sulina, 2012. p. 101-103.

LAZZAROTTO, G. D. R.; CARVALHO, J. D. de. Afetar. In: FONSECA, T. M. G.; NASCIMENTO, M. L. do; MARASCHIN, C. (Orgs.). **Pesquisar na diferença: um abecedário**. Porto Alegre: Sulina, 2012. p. 25-27.

LEMO, F. C. S.; CARDOSO JÚNIOR, H. R. Problematizar. In: FONSECA, T. M. G.; NASCIMENTO, M. L. do; MARASCHIN, C. (Orgs.). **Pesquisar na diferença: um abecedário**. Porto Alegre: Sulina, 2012. p. 191-193.

LEVI, G. C. Aids e Ética. In: CONSELHO Federal de Medicina (Ed.) **Desafios Éticos**. Brasília: Conselho Federal de Medicina. [S/D]. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/biblioteca_virtual/des_etico/sumario.htm. Acesso: 06 Abr. 2016.

LOPES, A. C. [Resenha] ORTEGA, F. Para uma política da amizade. Arendt, Derrida, Foucault. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2000. **Cadernos de Linguagem e Sociedade**, v.

5, p. 180-188, 2001 Disponível em:
<http://periodicos.unb.br/index.php/les/article/view/1372/1027>. Acesso: 23 Mar. 2016.

LOURAU, R. **René Lourau na UERJ – Análise Institucional e Práticas de Pesquisa**. Rio de Janeiro: Eduerj, 1993.

LUBIANA, A. C. V. S. **Formação de apoiadores: histórias e caminhos possíveis num processo de territorialização da atenção primária à saúde do município de Cariacica; Vitória**. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória. 2015.

MACHADO, L. D.; LAVRADOR, M. C. C. Por uma clínica da expansão da vida. **Interface** – Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 13, supl.1, p. 515-521, 2009.

MARASCHIN, C.; DIEHL, R. Acoplar. In: FONSECA, T. M. G.; NASCIMENTO, M. L. do; MARASCHIN, C. (Orgs.). **Pesquisar na diferença: um abecedário**. Porto Alegre: Sulina, 2012. p. 21-24.

MARTINS, M. M. C. et al. Gestão Participativa: Estratégia de Inovação nas relações de trabalho e qualificação do SUS. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e de Regulação do Trabalho na Saúde. **Prêmio InovaSUS: valorização de boas práticas e inovação na gestão do trabalho na saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. p. 107-116.

MARTINS, M. M. C. et al. O processo de gestão participativa no Hospital Giselda Trigueiro: sentimento coletivo de trabalho pelo SUS. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção Hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. p. 100 – 120. (Série B. Textos Básicos de Saúde, Cadernos HumanizaSUS, v. 3)

MATURANA, H.; VARELA, F. **A árvore do conhecimento: as bases biológicas do entendimento humano**. Campinas: PSY, 1995.

MAURENTE, V. S. Expressar. In: FONSECA, T. M. G.; NASCIMENTO, M. L. do; MARASCHIN, C. (Orgs.). **Pesquisar na diferença: um abecedário**. Porto Alegre: Sulina, 2012. p. 109-111.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Gestão Participativa e Cogestão**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde, **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS, PNH**. 1. ed. 1. reimpr. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

MORI, M. E.; OLIVEIRA, O. V. M. de. Os coletivos da Política Nacional de Humanização (PNH): a cogestão em ato. **Interface** – Comunicação, Saúde, Educação, 13, n. 1, p. 627-640, 2009. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180115446014>. Acesso: 5 Abr. 2016.

OLIVEIRA, G. N. de. **Devir apoiador**: uma cartografia da função apoio. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Ciências Médicas, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Campinas, Campinas. 2011.

OLIVEIRA, G. N. de. O apoio institucional aos processos de democratização das relações de trabalho na perspectiva da humanização. **Tempus**: Actas de Saúde Coletiva, v. 6, p. 223-235, 2012.

OLLAIK, L. G.; ZILLER, H. M. Concepções de validade em pesquisas qualitativas. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 229-241, 2012. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29821428013>. Acesso: 12 Fev. 2016.

PASCHE, D. F. Política Nacional de Humanização como aposta na produção coletiva de mudanças nos modos de gerir e cuidar. **Interface** – Comunicação, Saúde, Educação. v. 13, supl. 1, p. 701-708, 2009.

PASCHE, D. F.; PASSOS, E. Inclusão como método de apoio para a produção de mudanças na saúde – aposta da política de Humanização da Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro. v.34, n. 86, p. 423-432, jul./set. 2010.

PASSETTI, E. Diferir. In: FONSECA, T. M. G.; NASCIMENTO, M. L. do; MARASCHIN, C. (Orgs.). **Pesquisar na diferença**: um abecedário. Porto Alegre: Sulina, 2012. p. 81-83.

PASSOS, E. et al. O Comitê Cidadão como estratégia cogestiva em uma pesquisa participativa no campo da saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 10, p. 2919-2928, 2013.

PASSOS, E.; KASTRUP, V. Sobre a validação da pesquisa cartográfica: acesso à experiência, consistência e produção de efeitos. **Fractal**: Revista de Psicologia, v. 25, n. 2, p. 391-414, maio/ago. 2013.

PASSOS, E.; PALOMBINI, A. de L.; CAMPOS, R. O. Estratégia cogestiva na pesquisa e na clínica em saúde mental. **ECOS** – Estudos contemporâneos da subjetividade, v. 3, n. 1, P. 4-17, 2013.

PEDROSO, R. T.; VIEIRA, M. E. M. Humanização das práticas de saúde: transversalizar em defesa da vida. **Interface** – Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 13, supl. 1, p. 695-700, 2009. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500020&lng=en&nrm=iso. Acesso: 04 Abr. 2016.

PEREIRA JÚNIOR, N. **O Apoio Institucional no SUS**: Os dilemas da integração interfederativa e da cogestão. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências Médicas, Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Campinas, Campinas. 2013.

POZZANA DE BARROS, L.; KASTRUP, V. Cartografar é acompanhar processos.. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. da. (Orgs.). **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2012. p. 52-75.

POZZANA, L. A formação do cartógrafo é o mundo: corporificação e afetabilidade. **Fractal: Revista de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, ago. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922013000200007&lng=en&nrm=iso. Acesso: 21 Jul. 2014.

PRADO FILHO, K. Martelar. In: FONSECA, T. M. G.; NASCIMENTO, M. L. do; MARASCHIN, C. (Orgs.). **Pesquisar na diferença: um abecedário**. Porto Alegre: Sulina, 2012. p. 157-158.

RAMPIN (S/D). **Chronos e Kairós, mitos sobre o tempo**. Disponível em: <http://www.ciclosararas.com.br/textos/index.php?id=12>. Acesso: 28 Mar. 2016.

RIGHI, L. B. **Poder local e inovação no SUS**: Estudo sobre a construção de redes de atenção à saúde em três municípios no Estado do Rio Grande do Sul. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Campinas, Campinas. 2002.

ROCHA, M. da; AGUIAR, K. F. de. Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 23, n. 4, dez. 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932003000400010&lng=en&nrm=iso. Acesso: 30 Ago. 2014.

SANTOS FILHO, S. B. **Estimativa rápida de (re) conhecimento de território/espços sociais/realidade local**: eixos para discussão sobre diagnóstico de saúde e intervenções em comunidade. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007.

SANTOS FILHO, S. B.; BARROS, M. E. B. de; GOMES, R. da S. A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 13, supl. 1, p. 603-613, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500012&lng=en&nrm=iso. Acesso: 06 Abr. 2016.

SILVA, A. A.; SILVA, T. L.; SAMPAIO, R. O. **Apoio institucional às políticas públicas de saúde na Grande Vitória**. Relatório de Estágio Supervisionado – Redes no território: políticas públicas de educação, assistência e saúde, Registro no SIEX – UFES, 2014:400121, 2013.

SILVA, S. F. da. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2753-2762, 2011.

SOUSA, P. P. de. **Deleuze**: do pensamento trágico à nova imagem do pensamento em Nietzsche. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Filosofia e Metodologia das Ciências, Universidade Federal de São Carlos, São Paulo, 2005.

SVERZUT, C. et al. Devolutiva dos resultados de pesquisa com grupos operativos em equipe de saúde da família. **Enciclopédia Biosfera**, Centro Científico Conhecer, Goiânia, v.10, n.19; p. 212-225, 2014.

TEDESCO, S. H.; SADE, C; CALIMAN, L. V. A entrevista na pesquisa cartográfica: a experiência do dizer. **Fractal: Revista de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 299-322, ago. 2013.

TEIXEIRA, R. Humanização e atenção primária à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 585-97, 2005.

TONELI, M. J. F.; ADRIÃO, K. G.; CABRAL, A. G. Jogar. In: FONSECA, T. M. G.; NASCIMENTO, M. L. do; MARASCHIN, C. (Orgs.). **Pesquisar na diferença: um abecedário**. Porto Alegre: Sulina, 2012. p. 145-147.

VARELA, F. **Ética y acción**. Santiago: Dolmen Ediciones, 1996.

VARELA, F. O reencantamento do concreto. In: PELBART, P. P.; COSTA, R. (Org.) **Cadernos de subjetividade: o reencantamento do concreto**. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 71-86.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al (Orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. 2 ed. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec; Fiocruz, 2008. p. 531-562.

VITOR JÚNIOR et al. Apoio institucional à Gerencia de Atenção Primária em Cariacica-ES. In: PINHEIRO, R. et tal. (Orgs.). **Experiênci(Ações) e práticas de apoio no SUS: integralidade, áreas programáticas e democracia institucional**. Rio de Janeiro: Cepesc/Ims/Uerj/Abrasco, 2014. p. 149-160.

APÊNDICES

Apêndice A – Roteiro para entrevistas

Esse questionário funcionará como um roteiro para as entrevistas. Durante a realização das entrevistas poderão ser incluídas outras questões formuladas tanto pelo participante quanto pelo entrevistador e que ambos considerem pertinentes.

O questionário propõe as seguintes questões como norteadoras da entrevista:

- 1) Como funcionam os processos de trabalho no hospital?
- 2) Em sua opinião, a cogestão mudou muitas coisas no funcionamento do hospital? Como você percebe esse processo?
- 3) O que você considera mais importante nessas mudanças? Como você concluiu isso?
- 4) Você sente que os processos de trabalho orientados a partir da cogestão produziu alguma mudança em você e nos seus colegas? Como foi essa produção de mudança em sua opinião?

Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, _____, fui convidado (a) a participar da pesquisa intitulada “Uma análise dos desdobramentos da cogestão do cuidado nos processos de trabalho em um hospital público no Rio Grande do Norte”, sob a responsabilidade da pesquisadora Alice Andrade Silva, mestranda no Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional da Universidade Federal do Espírito Santo (PPGSI/UFES) orientada pelo Profº Drº Rafael da Silveira Gomes.

JUSTIFICATIVA

O hospital tem se destacado nacionalmente como referência para a cogestão em saúde. Nosso objetivo é compreender como a cogestão se expressa nos processos de trabalho em curso e divulgar no meio acadêmico e profissional para multiplicar experiências de sucesso na área.

OBJETIVOS DA PESQUISA

Nosso objetivo é investigar como a cogestão se expressa nos processos de trabalho.

PROCEDIMENTOS

O procedimento consistirá na realização de entrevistas.

DURAÇÃO E LOCAL DE PESQUISA

A pesquisa ocorrerá durante uma semana no Hospital Giselda Trigueiro.

RISCOS E DESCONFORTOS

A pesquisa não proporcionará danos à integridade do participante, e os riscos são mínimos na medida em que durante a entrevista o participante pode ficar à vontade para responder ou não as perguntas propostas ou desistir da entrevista caso se sinta desconfortável.

BENEFÍCIOS

Os participantes desta pesquisa não terão benefício direto como remuneração, transporte ou aquisição de bens.

GARANTIA DE RECUSA EM PARTICIPAR DA PESQUISA

O participante não é obrigado(a) a participar da pesquisa, podendo deixar de participar dela em qualquer momento de sua execução, sem que haja penalidades ou prejuízos decorrentes da recusa.

GARANTIA DE MANUTENÇÃO DO SIGILO E PRIVACIDADE

Todas as informações coletadas nesse estudo são estritamente confidenciais, ou seja, será mantido sigilo absoluto das informações colhidas e, em momento algum, será divulgado o nome ou invadida a privacidade do participante. Os áudios serão usados apenas na transcrição das informações e apenas os membros do projeto de pesquisa terão acesso às informações. O áudio será usado exclusivamente para a finalidade da pesquisa.

ESCLARECIMENTO DE DÚVIDAS

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa ou perante a necessidade de reportar qualquer injúria ou dano relacionado com o estudo o participante pode contatar a pesquisadora Alice Andrade Silva pelo e-mail andrade.alice.silva@gmail.com, pelos telefones (27)995182872 ou (27)3357-9500 (ramal: 5176), ou no endereço do PPGSI/UFES: Avenida Fernando Ferrari, 514, Goiabeiras, Vitória, ES, Edifício Bárbara Weinberg, sala 207, ou ainda pode contatar o Comitê de ética em pesquisa com seres humanos, do Campus de Goiabeiras da UFES, pelo telefone 4009-7840 ou pelo endereço de e-mail cepgoiabeiras@gmail.com.

Declaro que fui verbalmente informado e esclarecido sobre o teor do presente documento, entendendo todos os termos acima expostos, como também, os meus direitos, e que voluntariamente aceito participar deste estudo. Também declaro ter recebido uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinada pelo(a) pesquisador(a).

Na qualidade de pesquisadora responsável pela pesquisa “Uma análise dos desdobramentos da cogestão do cuidado nos processos de trabalho em um hospital público no Rio Grande do Norte”, eu, Alice Andrade Silva, declaro ter cumprido as exigências da Resolução CNS 466/12, a qual estabelece as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Natal, ____ de ____ de 2015.

Sujeito da pesquisa

Alice Andrade Silva
Responsável pela pesquisa: (27) 995182872

Rafael da Silveira Gomes
Orientador da pesquisa: (27) 9950019